


インドネシア共和国  
プロジェクト形成調査報告書  
(社会保障分野)

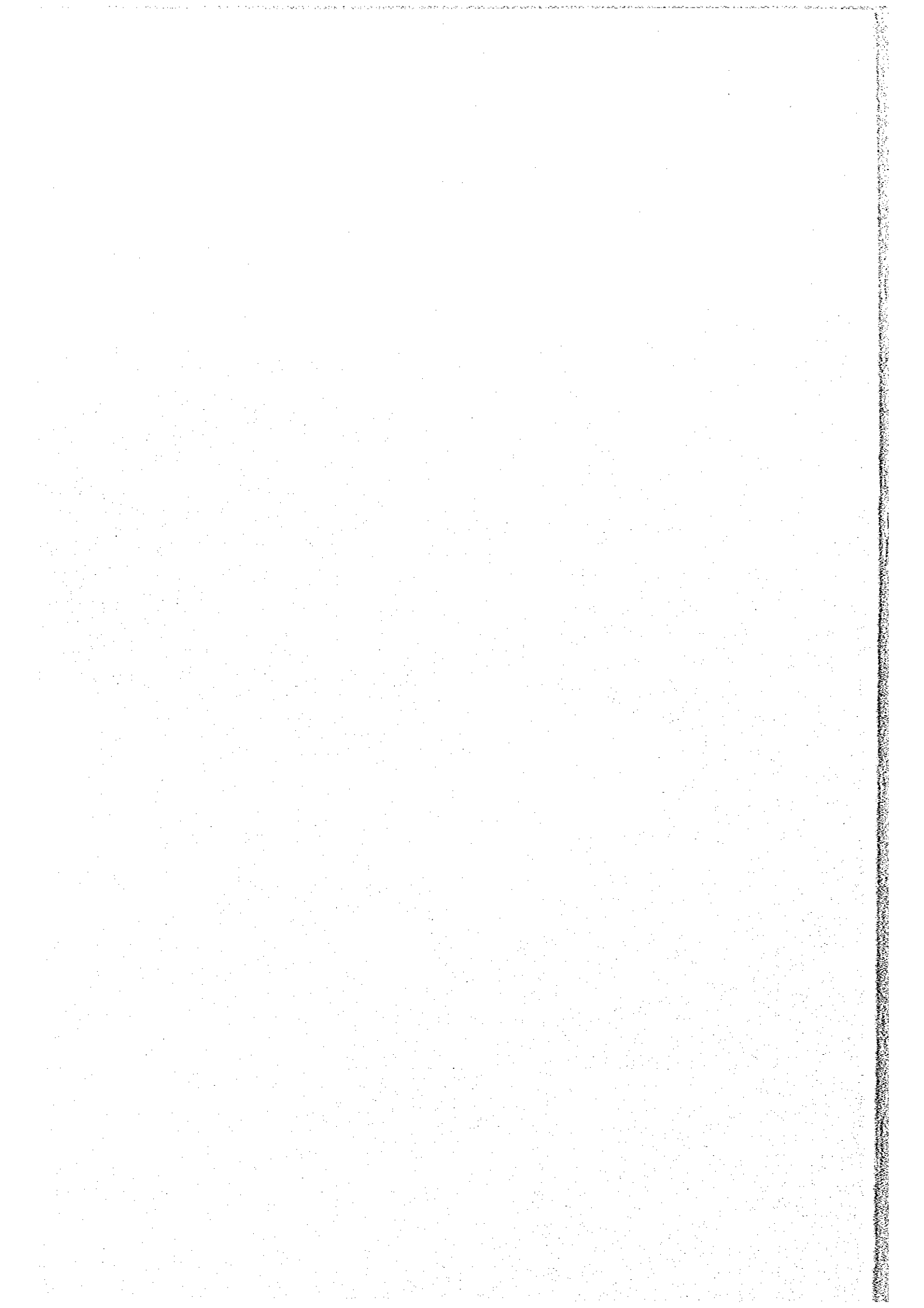
平成12年7月

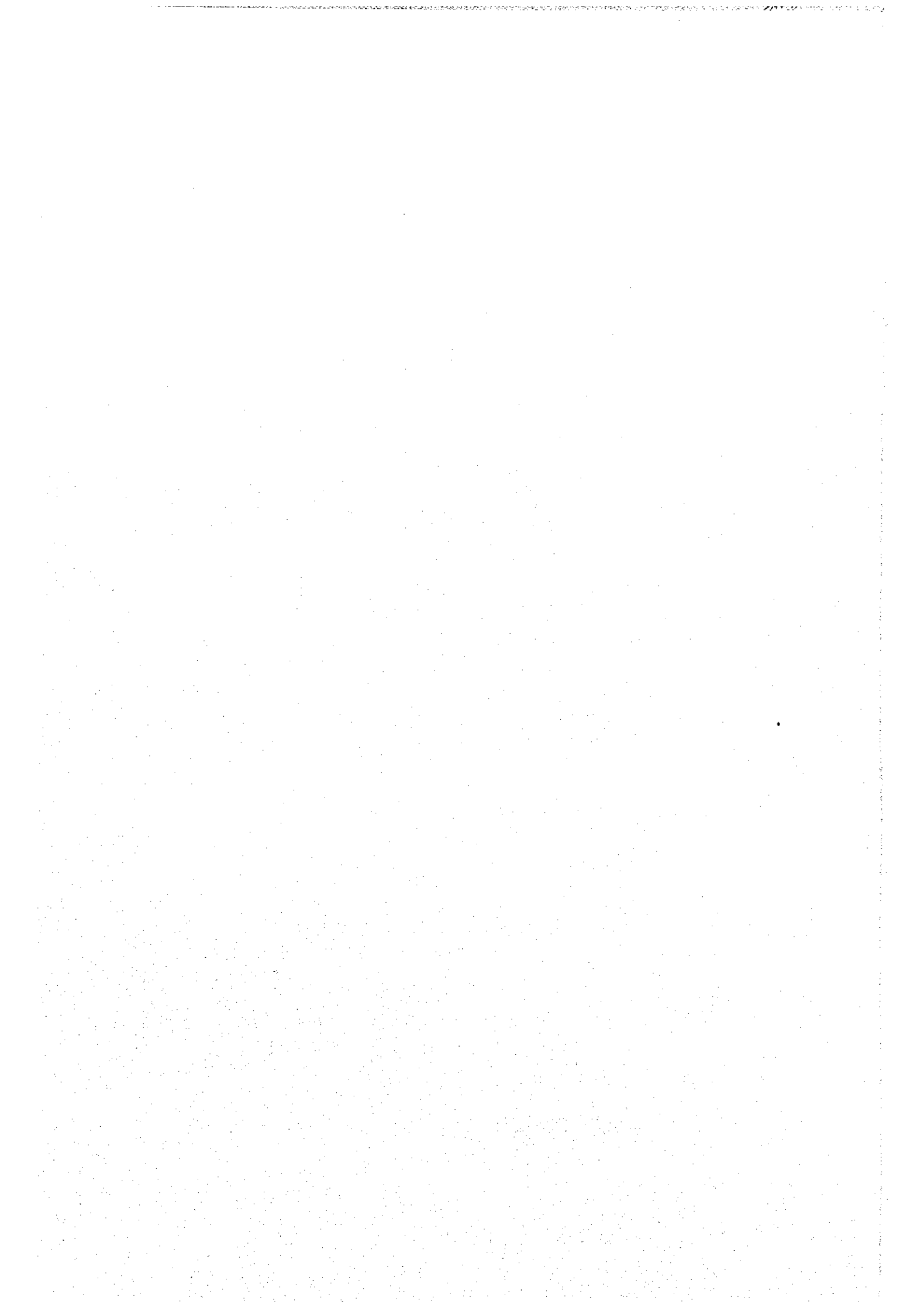
JCS LIBRARY  
  
J 1160867 (6)

国際協力事業団

地 東  
J R  
00 06

15







インドネシア共和国  
プロジェクト形成調査報告書  
(社会保障分野)

平成 12 年 7 月

国際協力事業団



1160867(6)

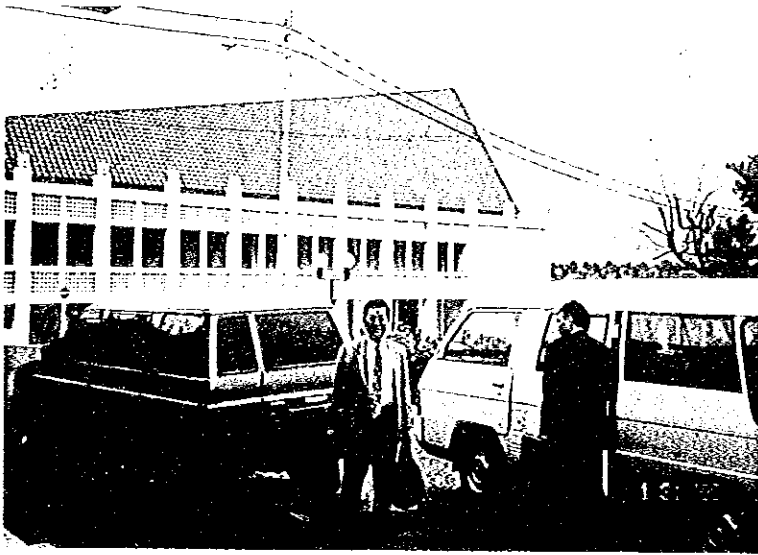


写真1 JICA無償資金協力により建設された南スラウェシ州保健従事者訓練センター講堂の外観。  
(左：恩田団員、右：山田団員)



写真2 同センターの講堂内部。ここを会場に開催されていたPre-JPKM職員向けの「地域医療保障組織運営研修（本文参照）」の様様である。

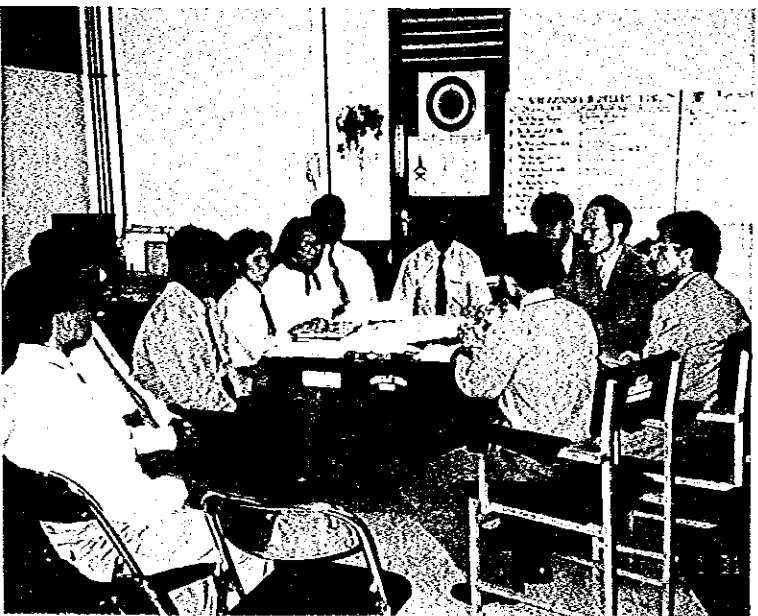


写真3 Pre-JPKM職員からの聞き取り調査。保健従事者訓練センター内の別室で行った。

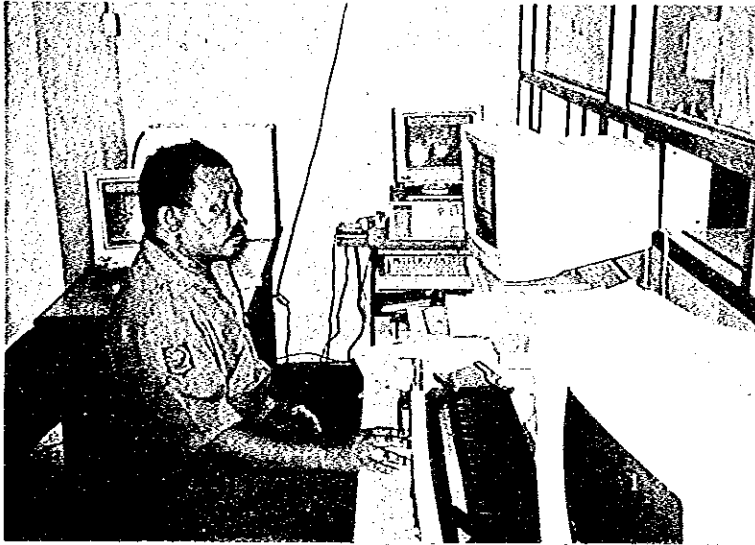


写真4 労働省南スラウェシ州事務所内。求職情報を管理するために使用されているコンピューターはMS-DOSベースで動作する旧式のもの。



写真5: 労働力省での1回目の協議風景。司会者はAmrinal労働監察局長。



写真6 保健省の大講堂を会場に開かれた同省2000年度全国会議の様様。



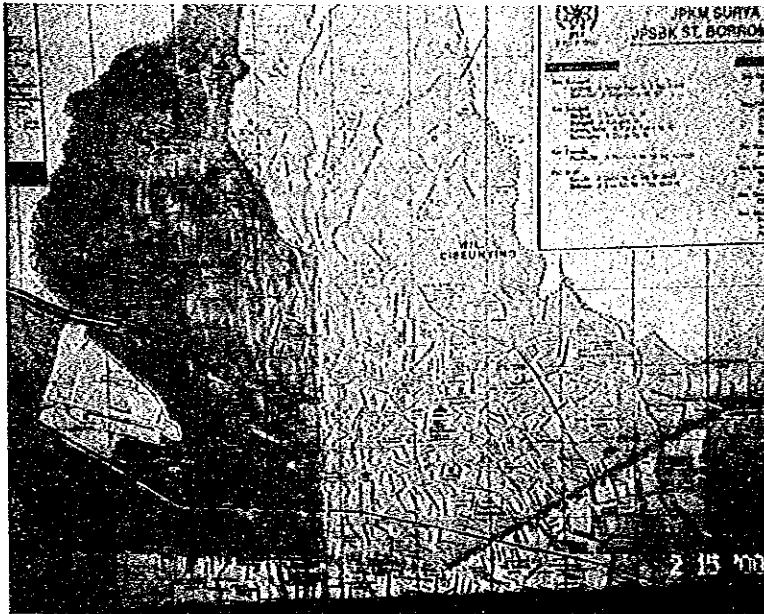


写真7 バンドン市のJPKM SURYA SUMIRATの事務所訪問時に、事務所内に掲げてあった担当地域を示す地図。同JPKM事業体はSSN-HS (JPS-BK) の受け皿機関でもあり、バンドン市の北半分を占める2地区をカバーしている。

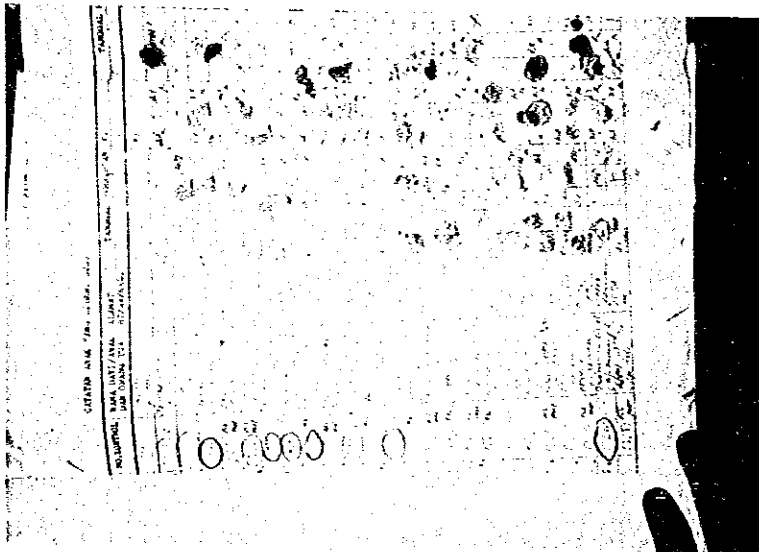
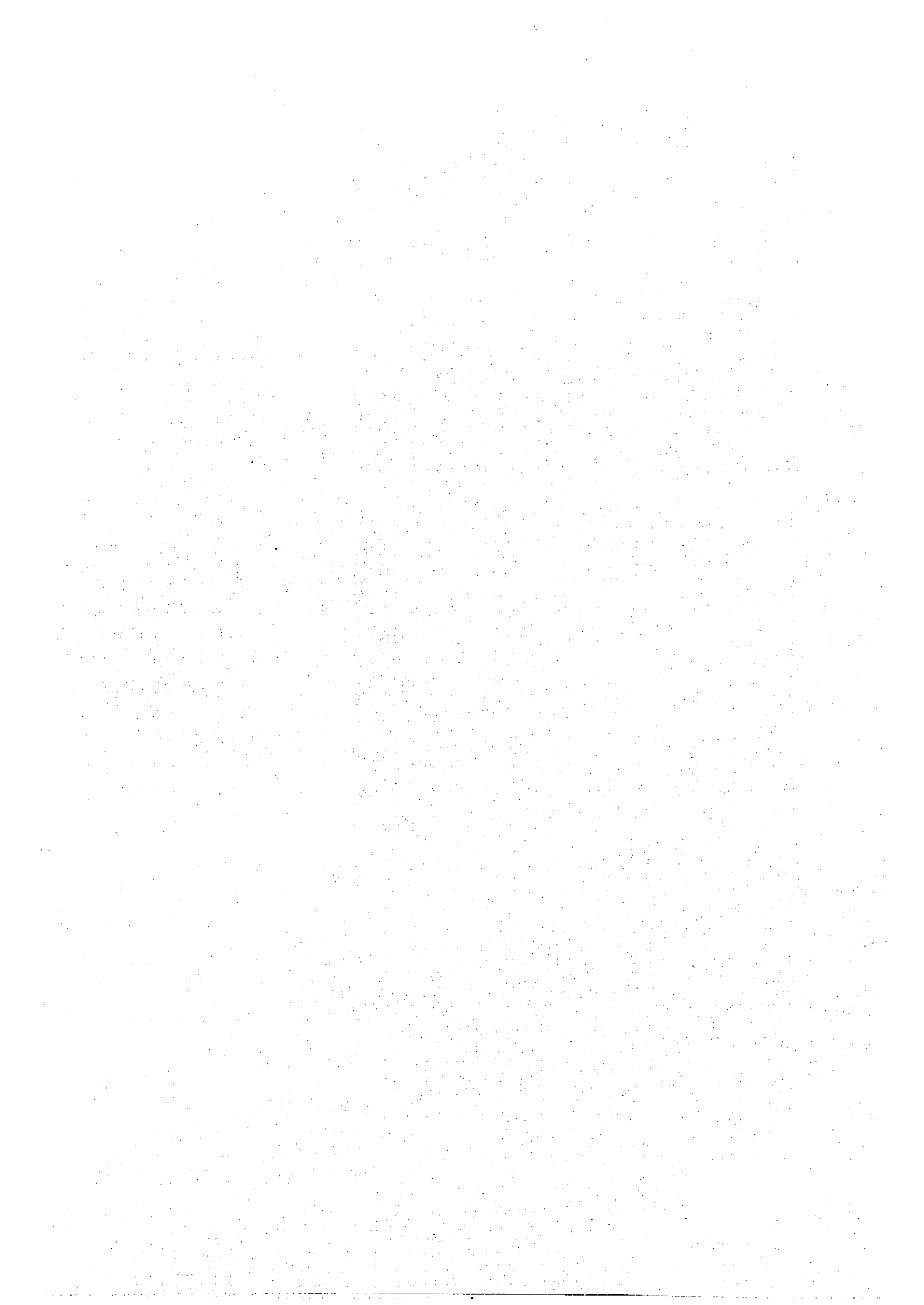
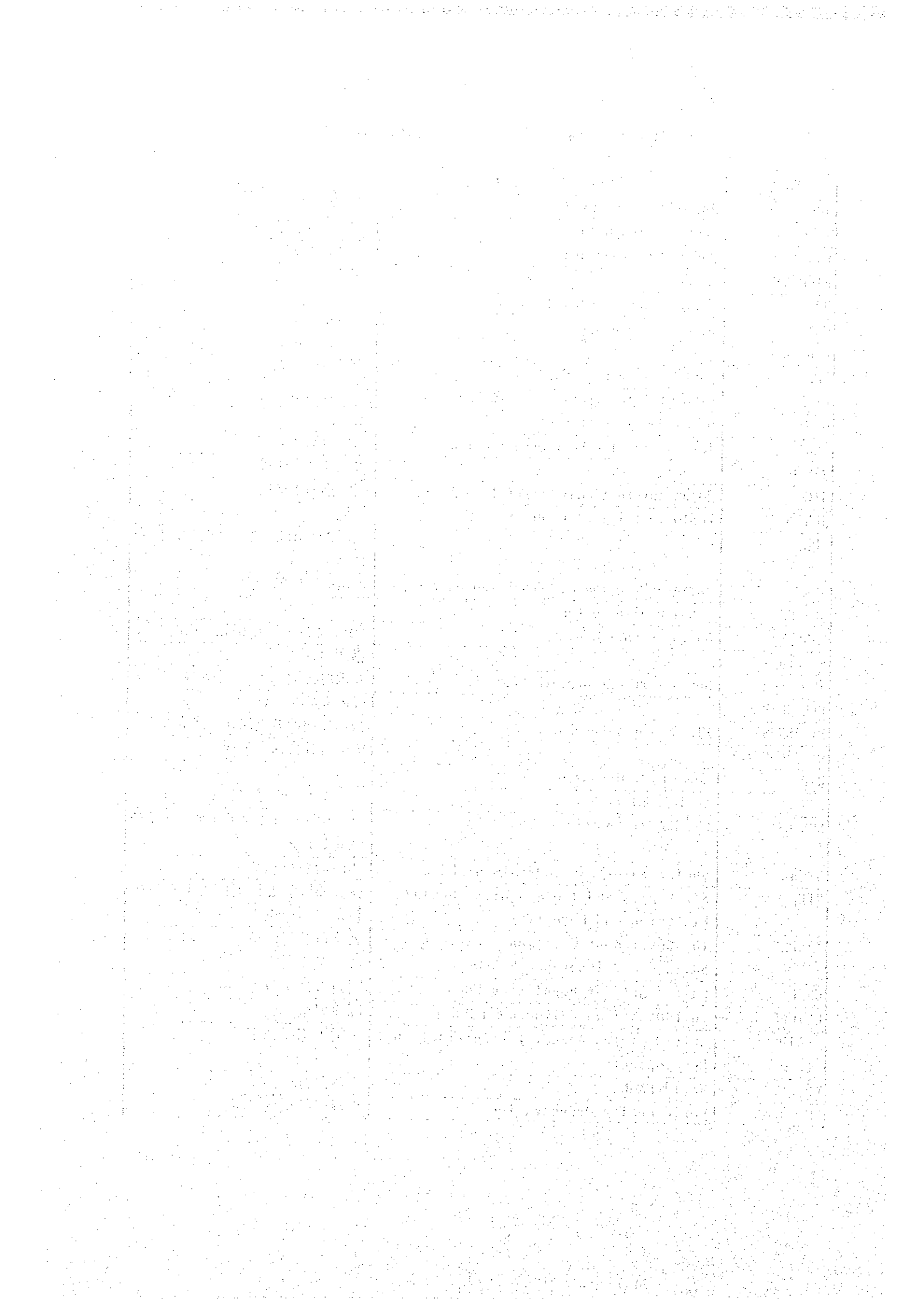


写真8 SSN-HSのうち栄養補給プログラムに通ってくる子供達のサービス受給状況を記録する台帳。JPKM SURYA SUMIRATが契約しているバンドン市街中心部のプスケスマスで管理されているもので、サインの代わりに拇印を押捺してある。



略語集 (英語/インドネシア語⇔日本語)

| 略語           | 英語/インドネシア語   | 日本語                        |
|--------------|--|----------------------------|
| ADB          | Asian Development Bank   | アジア開発銀行                    |
| ASKES        | Asuransi Kesehatan   | 公務員健康保険                    |
| Bapel        | Badan Penyelenggara  | JPKM事業体                    |
| BAPPENAS     |  | 国家開発計画庁                    |
| BBP          | Basic Benefits Package   |                            |
| BLK          | Barai Latihan Kerja  | (公的研修センター)                 |
| Dana Sehat   |  | 村落健康基金                     |
| EPFs         | Employers Pension Funds  | 雇用主年金基金                    |
| FIPFs        | Financial Institution Pension Funds                            | 金融機関年金基金                   |
| GDP          | Gross Domestic Product   | 国内総生産                      |
| ILO          | International Labour Organization                              | 国際労働機構                     |
| JAMSOSTEK    |  | 労働者社会保障スキーム                |
| JICA         | Japan International Cooperation Agency                         | 国際協力事業団                    |
| JKK          | Employment Injury Insurance                                    | 労災                         |
| JPK          |  | PT JAMSOSTEKが販売する健康保険プログラム |
| JPKM         | Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat                      | 地域健康保険制度                   |
| JPS-BK       | = SSN-Health Sector  |                            |
| KANDEP       | Kantor Departemen  | (中央省庁の) 県出先事務所             |
| Koperasi     |  | 協同組合                       |
| NGO          | Non-Government Organization                                    | 非政府機関                      |
| Pre-JPKM     |  | 疑似JPKM事業体                  |
| PT ASKES     | PT. Asuransi Kesehatan   | 公務員向け健康保険株式会社              |
| PT JAMSOSTEK |  | 労働者社会保障公社                  |
| R/D          | Record of Discussion   |                            |
| SSN          | Social Safety Net  | ソーシャルセーフティネット              |
| SSN-HS       | SSN-Health Sector  | ソーシャルセーフティネット及び保健セクター      |
| SSNAL        | Social Safety Net Adjustment Loan                              | SSL調整ローン                   |
| STEP         | Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty      | 社会的排除と貧困に対する戦略およびツール       |
| TASPEN       | The Government Civilian Employees Savings and Insurance Scheme | 公務員貯蓄保険スキーム                |
| UNFPA        | United Nations Population Fund                                 | 国連人口基金                     |
| UNICEF       | United Nations Children's Fund                                 | 国連児童基金                     |
| USAID        | United States Agency for International Development             | 米国国際開発庁                    |
| WB           | World Bank   | 世界銀行                       |
| WHO          | World Health Organization                                      | 世界保健機構                     |



# 目 次

写 真

略語集

|   |    |
|---|----|
| 序章 調査の概要 .....                                | 1  |
| 1. 調査の目的 .....                                | 1  |
| 2. 調査の背景・経緯 .....                             | 1  |
| 3. 調査の範囲 .....                                | 1  |
| 4. 調査対処方針 .....                               | 2  |
| 5. 調査団構成 .....                                | 4  |
| 6. 調査日程 .....                                 | 6  |
| 7. 調査結果要約 .....                               | 8  |
| <br>  |    |
| 第1部 「イ」国における医療保障制度                            |    |
| 第1章 医療保障制度をとりまく環境 .....                       | 10 |
| 1. ソーシャルセーフティネット（SSN）と医療保障に対するこれまでの取り組み ..... | 10 |
| 2. 医療保障政策についての政策の方向性 .....                    | 14 |
| 3. 国際機関や各援助国の取り組み .....                       | 14 |
| <br>  |    |
| 第2章 地域健康保障制度 .....                            | 17 |
| 1. 現行の地域健康保障制度の実施体制と課題 .....                  | 17 |
| 2. 制度改善に向けての「イ」国政府の取り組み .....                 | 32 |
| 3. 我が国を含む各ドナーの取り組み .....                      | 32 |
| 4. 課題 .....                                   | 33 |
| <br>  |    |
| 第3章 我が国の協力の可能性 .....                          | 34 |
| 1. 総論 .....                                   | 34 |
| 2. 地域医療保障制度の改善及び普及 .....                      | 34 |
| 3. 候補案件 .....                                 | 37 |

## 第2部 労働者社会保障制度

|  |    |
|--|----|
| 第1章 労働者社会保障制度をとりまく環境                             | 40 |
| 1. ソーシャルセーフティネット (SSN) と<br>労働者社会保障に対するこれまでの取り組み | 40 |
| 2. 労働者社会保障政策についての政策の方向性                          | 41 |
| 3. 国際機関や各援助国の取り組み                                | 43 |
| 第2章 労働者に対する社会保障制度                                | 46 |
| 1. 現行の労働者社会保障制度の実施体制と課題                          | 46 |
| 2. 制度改善に向けての「イ」国政府の取り組み                          | 49 |
| 3. 国際労働機構 (ILO) の取り組み                            | 50 |
| 4. 課題  | 52 |
| 第3章 我が国の協力の可能性                                   | 55 |
| 1. 総論  | 55 |
| 2. 労働者社会保障制度の改善                                  | 55 |
| 3. 候補案件  | 58 |
| 付属資料   |    |
| 資料1 主要面談者リスト                                     | 61 |
| (1) 医療保障関連                                       | 61 |
| (2) 労働者社会保障関連                                    | 63 |
| 資料2 収集資料リスト                                      | 65 |
| (1) 医療保障関連                                       | 65 |
| (2) 労働者社会保障関連                                    | 67 |
| 資料3 その他関連資料                                      | 68 |
| (1) JICAへの支援要請リスト (保健省管理医療監督局)                   | 68 |
| (2) SSN-HSで貧困層の世帯に交付される健康カード                     | 70 |
| (3) JPKM関連法律・政府規則等                               | 71 |

## 序章 調査の概要

### 1. 調査の目的

インドネシア国における社会保障の制度面及び実施面の現状確認と課題を整理し、有効な制度の整備、拡充を目的として、我が国の協力のあり方を検討する。

### 2. 調査の背景・経緯

1997年以来の経済危機は、「イ」国におけるソーシャルセーフティネット・社会保障制度の脆弱さを露呈させた。従来より「イ」国における社会保障関連支出は、GDPの0.06%程度を占めるに過ぎず、近隣諸国及び同程度の1人当たり所得水準を比較しても極めて低い。制度自体も十分整備されているとはいえず、労働者社会保障制度は、失業時の生活保障を対象としておらず（労災が主体）、医療保険もその適用範囲がほぼ公務員に限られている等、多くの問題を抱えている。このような状況において、経済危機のなかで発生した労働者の解雇などが、雇用不安のみならず社会不安を引き起こした一因となった。

現在、「イ」国においては、ソーシャルセーフティネットプログラム（社会保障制度等の弱者救済プログラム）が鋭意実施されているが、今回の危機対策として一時的に行われているものであり、プログラムの多くは制度的な基盤を有するものではない。又、今回の経済危機では、都市部においてその影響が深刻化しているが、都市部では伝統的な相互扶助を期待することは難しくなりつつあり、社会保障制度の整備が急がれている。このため、当国において社会的な安定を確保しつつ社会経済構造の構造変化を円滑に進めていくために、社会保障制度の拡充は今後ますます重要となっている。なお、「イ」国政府も社会保障制度の改善を重要課題と位置づけており、現行の地域健康保険制度（JPKM）の改革や実施上の政府の指導・監督能力改善等を優先案件として協力が要請されている。

### 3. 調査の範囲

#### (1) 対象分野

「イ」国政府は、ソーシャルセーフティネットプログラムについては、1) 食糧安全保障、2) 雇用創出、3) 中小企業振興、4) 教育や保健医療サービスなどの社会的な保護の4分野を優先分野とすることとしている。本調査においては、労働者社会保障制度及び健康保険制度の2分野を主たる調査の対象とし、可能な範囲で当該分野における現状、問題点、政府の取り組み等を確認するとともに、制度面及び実施面における課題を整理する。労働者社会保障制度については、民間労働者を対象としたもの（JAMSOSTEK）にかかる調査を主体とする。健康保険分野については労働者に対する健康保険

(JAMSOSTEKの一側面) 及び現在「イ」国が本格的導入に取り組んでいる地域健康保障制度 (JPKM) の両方について調査する。

## (2) 対象地域

ジャカルタ及びウジュンパンダン等の地方都市。ジャカルタにおいては中央政府レベルでの政策や制度についての調査を実施する。又、民間企業も訪問し、制度活用の現状についても調査する。地方都市においては、地域保険制度の導入現場や労働力省地方事務局を視察し、現場レベルで制度普及に従事している者や地方行政官との意見交換を通じ、実施体制の現状、課題を調査分析する。

## 4. 調査対処方針

### (1) 「イ」国の社会保障制度の現状と課題について (労働力省、保健省)

労働力省並びに保健省は、社会保障制度全体の見直しと改善を検討しているとの情報を得ているので、現在「イ」国社会保障制度が抱える問題点を確認する。又、現時点での見直しの方向性及び具体的方策 (案) につき聴取、意見交換する。国家開発計画庁 (BAPPENAS) においては関係省庁の調整をどのように図るか、地方分権の推進に伴う社会保障行政の方針転換の有無等についても情報収集する。

### (2) 協力の要望について (労働力省、保健省)

「イ」国側に、制度改善についての技術協力の要望があるとの情報を得ているので、その内容について聴取する。同要望については、その概要が明らかでないため、概要案を取りまとめたうえで、本件調査期間中に提出するよう依頼する。早期に概要提出がなされた場合には、その妥当性について団内及び現地JICA関係者の間で検討し、検討結果を踏まえ、より詳細な概要案を提出するよう依頼する。コンサルタント団員は継続調査期間中この作業をフォローし、必要であれば助言を行い、同案を持ち帰り今後の検討用資料とする。なお、国内関係者との調整が行われていないことから、案件の実施可能性について先方に過度の期待を持たせるような発言は避ける。

### (3) 他ドナーとの協議

#### 1) 国際労働機構 (ILO)

ILOは、労働者社会保障制度 (JAMSOSTEK) の改革のための省庁間委員会の設置を提案し、技術面での支援が可能であるとの提案をしているので、それらの進捗並びに具体案について聴取する。技術面における支援については、日本の協力との重複を避け



るために、同機構の協力重点分野は何かを確認する。なお、現時点での日本の協力について質問された場合、「イ」国から要望聴取を行いつつ未だその可能性を探っている段階であるため、詳細については述べられないが、何らかの形の技術協力を行っていききたいと述べるにとどめる。

## 2) 世界銀行 (WB)、アジア開発銀行 (ADB)

地域健康保険制度 (JPKM) の効果的運用への支援の方策についての意見交換を行う。具体的には、導入のための課題は何か、WB、ADBが実施した11州でのJPKM導入研修の実施概要 (結果) 及び教訓は何か、今後どのような協力を行っていくことを考えているか等について情報収集し、今後の我が国の協力の方向性を探る参考とする。

## 3) 米国国際開発庁 (USAID)

USAIDは、現在ソーシャルセーフティネット (SSN) の特別コンサルタントを保健省に配置しており、同コンサルタントはJPKMについてもアドバイスをを行っているとの情報を得ている。JPKMの現状及び課題について意見交換をするとともに、今後のUSAIDの同分野における動向について情報収集し、我が国の協力の可能性を探る参考とする。

コンサルタント団員は、必要であれば継続調査期間中に前記詳細について補足調査をすることとする。又、前記以外のドナーの協力やNGOの活動についての現地情報を得た場合、併せて調査することとする。

## (4) 地方視察

JICA現地国内研修「地域医療保険組織運営研修」の視察及び関係者との意見交換を通じ、現場レベルにてJPKM普及活動に携わっている地方行政官のJPKM普及や組織運営面の改善に係る問題意識、及び協力ニーズをくみ取ることがを目的とする。又、地方労働事務所においては、地方における労働者社会保障の実態、社会保障の地方分権に伴いどのような協力ニーズがあるのか等について調査する。コンサルタント団員は、必要であれば継続調査期間に地方に赴き、前記詳細について補足調査を行う。

## (5) Pt. JAMSOSTEK (労働者社会保障国営会社) 及び同制度加入事業所

労働者社会保障の実施機関である同社において、運営面、財政面における現状及び課題についての情報収集並びに意見交換を行い、協力課題を整理する。留意点としては、本制度の改革を踏まえて、Pt. JAMSOSTEKへの技術協力の手法と範囲が決まってくると考えられるため、同社に対する協力は (もし実施するとしても) 中長期的な視野に立って行われるものとなる可能性が高い。同制度加入事業所においては、加入者の視点から見た制度の長所や短所、制度改革へ向けての要望等を聴取し、今後の協力の参考とする。

本件についてもコンサルタント団員は、必要であれば継続調査を行う。

(6) 労働力省、保健省との取りまとめ協議

調査の結果、及び、今回の協力に係る調査団限りの所見を団長から報告する。案件形成の可能性については明確な形での言及はしない。

5. 調査団構成

<官ベース調査団員5名>

(1) 武田 長久 (Mr. TAKEDA Nobuhisa)

団長 (Leader)

国際協力事業団国際協力総合研修所国際協力専門員

Development Specialist, Institute for International Cooperation,  
Japan International Cooperation Agency (JICA)

(2) 大岩 隆明 (Mr. OOIWA Takaaki)

副団長 (Sub-leader)

国際協力事業団アジア第一部東南アジア課 課長代理

Deputy Director, Southeast Asia Division,  
Regional Department 1, JICA

(3) 瀧澤 征彦 (Mr. TAKIZAWA Masahiko)

協力企画 (Cooperation Planning)

国際協力事業団アジア第一部東南アジア課

Southeast Asia Division, Regional Department 1, JICA

(4) 恩田 和明 (Mr. ONDA Kazuaki)

社会保障企画 (雇用保険) (Social Security Planning: Employment Security)

恩田社会保険労務士事務所 所長

Director, ONDA Social Insurance Practitioners' Office

(5) 長尾 満 (Mr. NAGAO Mitsuru)

社会保障企画 (医療保険) (Social Security Planning: Medical Insurance)

(財) 医療経済研究機構企画渉外部長

Manager, Public Relations Department, Institute for Health Economics and Policy

<コンサルタント団員2名>

(6) 山田 健二 (Mr. YAMADA Kenji)

社会保障計画 (雇用保険) (Social Security Program: Employment Security)

(財) 国際開発センター

International Development Center of Japan (IDCJ)

(7) 四方 啓裕 (Mr. YOMO Akihiro)

社会保障計画 (医療保険) (Social Security Program: Medical Insurance)

(株) 国際テクノ・センター

International Techno Center Co., Ltd.

調査団員総数7名

## 6. 調査日程

| 日順 | 月日       | 調査行程  | 備考                    |
|----|----------|---|-----------------------|
| 1  | 1/24 (月) | 成田発→ジャカルタ着<br>(JL725便 10:55成田発→16:25ジャカルタ着)<br>19:00 団内打合せ (於 ホテル)  | ジャカルタ泊                |
| 2  | 25 (火)   | 09:00 JICA「イ」国事務所打合せ<br>13:00 国家開発計画庁 (BAPPENAS) 労働担当官との協議  | ジャカルタ泊                |
| 3  | 26 (水)   | 09:00 労働力省配属JICA佐渡専門家との打合せ<br>13:00 労働力省表敬訪問及び協議  | ジャカルタ泊                |
| 4  | 27 (木)   | 09:00 保健省配属JICA小畑・後藤専門家との打合せ<br>09:30 保健省表敬訪問及び協議<br>11:00 世界保健機構 (WHO) コンサルタントとの協議<br>14:00 米国援助庁 (USAID) との協議   | ジャカルタ泊                |
| 5  | 28 (金)   | 10:00 日本大使館表敬<br>13:00 世界銀行 (WB) との協議<br>15:30 アジア開発銀行 (ADB) 保健分野コンサルタントとの協議<br>・瀧澤団員帰国 (JL726便 23:45ジャカルタ発→08:35成田着)   | ジャカルタ泊                |
| 6  | 29 (土)   | 資料整理  | ジャカルタ泊                |
| 7  | 30 (日)   | ・ウジュンパンダン (U.P.) へ移動<br>(GA630便 12:25ジャカルタ発→15:45U.P.着)   | U.P.泊                 |
| 8  | 31 (月)   | 09:00 地方労働事務所の視察及び協議<br>14:00 保健省地方事務所の視察及び協議<br>地方健康保険普及の現場視察 (現地国内研修「地域医療保険組織運営研修」) 及び協議  | 日イ語通訳が随行<br><br>U.P.泊 |
| 9  | 2/1 (火)  | ・ジャカルタへ移動 (GA631便 16:35U.P.発→11:45ジャカルタ着)<br>15:00 Pt. JAMSOSTEK協議 (労働者社会保障チーム)<br>15:00 JPKM事務所訪問 (健康保険チーム)  | ジャカルタ泊                |
| 10 | 2 (水)    | ●労働者社会保障チーム<br>終日 JAMSOSTEK加入事業所視察及び協議<br>●医療保険チーム<br>09:00 Pt. Askes Indonesiaとの協議<br>11:00 ADBコンサルタントとの協議<br>14:00 BAPPENAS (保健担当官) との協議<br>●全員<br>16:30 JICA事務所担当所員及び企画調査員との取りまとめ協議<br>打合せ | ジャカルタ泊                |

| 日順        | 月日                 | 調 査 行 程   | 備考     |
|-----------|--------------------|---|--------|
| 11        | 3 (木)              | 午前 労働力省との取りまとめ協議<br>13:00 保健省との取りまとめ協議<br>15:00 国際労働機構 (ILO) との協議             | ジャカルタ泊 |
| 12        | 4 (金)              | 09:00 JICA事務所長への報告<br>11:00 日本大使館への報告<br>・官団員帰国 (JL726便 23:45ジャカルタ発→08:35成田着) | ジャカルタ泊 |
| 13        | 5 (土)              | 資料整理  | ジャカルタ泊 |
| 14        | 6 (日)              | 資料整理  | ジャカルタ泊 |
| 15~<br>25 | 2/7 (月)~<br>17 (木) | ・コンサルタント団員は補足調査継続   |        |
| 26        | 18 (金)             | ・コンサルタント団員JICA事務所への報告<br>・コンサルタント団員帰国<br>(JL726便 23:45ジャカルタ発→08:35成田着)        |        |

## 7. 調査結果要約

### (1) 医療保障制度

地域健康保険制度 (JPKM) は、前払いの掛け金を払うことによって、予防サービスや疾病にかかった場合の医療サービスを受けられることになっている。JPKMを運営するのは公的セクターに限らず民間セクターでも一定の資格を有するものに認可が与えられ、民間を参入させることにより競争原理を働かせ効率的な運営を実施するとともに、民間資金を活用して地域住民の保健サービスを拡大・発展させることをねらいとしている。このJPKMが目標とする対象人口は主として零細中小企業の職員、自営業者、農民などで、最貧層を除いた中以下の階層である。JPKMの運営者は、一定の前払い資金に基づいて地域保健所や病院と契約し、加入者に対して保健医療サービスを提供する。したがって、健全な経営を図る場合には、より予防サービスを重視することによって経費の削減を図ろうとするインセンティブが働くこととなり、全体として医療費支出の増加を抑制することが期待でき、所得の再分配の効果や医療サービス供給の公平が図られることになる。

JPKMの加入者は1997年時点で約1,810万人と潜在的市場の約10%をカバーしているに過ぎず、JPKMの普及、加入者の増加はあまり進んでいない。したがって、保健省では今後の課題として、JPKMの普及促進のため、JPKMの強制加入制度の導入と運営機関及び監督体制の強化に関して、JPKMの法律改正を準備している。又、地方分権化に関連して、県・市レベルでのJPKMのシステム作りも必要であるとしている。

JPKMに関しては、米国国際開発庁 (USAID) やアジア開発銀行 (ADB)、世界銀行 (WB) が支援を行ってきたが、保健省がプログラムの普及推進を図ろうとしているのに対し、ドナー側はシステムの運営自体の難しさも含めて懐疑的である。健康保険制度の整備の必要性は認めているが、JPKMを含む健康保険制度の整備としてであり、JPKM自体を積極的に支援するという態度はとっていない。したがって、この分野ではJPKMの法律改正の動向を見極めながら、既存の制度の運営面における改善を目的とした研修や調査の実施、日本の健康保険制度あるいはアジアの他の地域の制度も参考にした制度的な見直しへの支援、サービスを提供する保健医療機関の質の向上を支援していくことが必要であろう。

### (2) 労働者社会保障制度

「イ」国の労働者社会保障制度としては、健康保険並びに労働災害、死亡、障害、高齢 (退職) の不測の事態における所得保障を行う制度が整備されている。これらの制度の中には公務員を対象とした健康保険制度 (ASKES)、軍人を対象としたASABRI、更に1992年法律第3号で規定された民間セクターを対象とした労働者社会保障制度 (JAMSOSTEK) がある。

JAMSOSTEKはフォーマルセクターを対象として、労災 (employment accident benefits)、死亡給付 (death benefits)、年金 (old age benefits)、健康保険 (health care benefit) の4つの分野をカバーし、従業員10名以上あるいは1か月に100万ルピア以上の給与を支払っている企業が加入することが義務づけられている。現在約8万8,000の事業所が加入し、約800万人が参加している。

JAMSOSTEKが抱える問題点として、1) カバーする労働者の割合が13%と少ない、2) 社会保障としてランブサムで支払われ長期の危機に対応しきれない、3) 雇用者の支払い分の滞納、4) JAMSOSTEKの資金の運用に関して、スハルト政権の政治的な影響力が働いていた点、5) Pt. JAMSOSTEKという国営会社で運営され課税対象となるとともに、雇用者や労働者が運営を監督できない、6) Pt. JAMSOSTEKの運営能力の弱さ、などが指摘されている。政府は国際労働機構 (ILO) の技術協力を受けながら社会保障制度の見直しを行っており、JAMSOSTEKの改革の方向として次の点が検討されている。1) Pt. JAMSOSTEKを、会社形態から労働者・雇用者・政府が平等に参加する公共的な社会保障機関が運営する信託基金に変更することを検討する、2) 運営面における透明性の確保、3) 投資資金の運用における透明性の確保と投資戦略に関する専門家の助言の活用、4) サービスの効率性、効果的な範囲拡大の促進、自立性の確保、メンバーとのコミュニケーションの改善、などを図るための組織体制と運営システムの変更、などである。政府はJAMSOSTEKの基本法 (1992年法律第3号) の改正作業を行い制度の改善をめざしているが、そのなかでインフォーマルセクターの労働者をどのように取り込んでいくか、失業保険導入に関するフィージビリティの調査などの課題も検討されている。

労働者社会保障制度の改善は、JAMSOSTEKの基本法の改正などを通して実施が予定されているが、JAMSOSTEKの組織改革だけではなく、雇用政策全般のなかで社会保障制度が機能するための環境整備を併せて支援を行っていくことが必要である。制度改革に関する日本の経験や他の途上国の経験を紹介するような技術協力 (専門家の派遣、本邦研修あるいは域内における研修) は「イ」国側にとっても参考になるものである。又、失業保険の導入可能性に関するフィージビリティ調査に関する技術協力 (専門家の派遣あるいは開発調査) も検討できよう。

## 第1部 「イ」国における医療保障制度

### 第1章 医療保障制度をとりまく環境

#### 1. ソーシャルセーフティネット（SSN）と医療保障に対するこれまでの取り組み

##### （1）政治的背景

「イ」国は民主的手続きによる政権交代に引き続き、現在行財政面において極めて大規模な改革のただ中にある。保健医療分野もその例外ではなく、十余年前よりゆっくりと進行してきた保健セクター改革の歩みが、一気に進むか頓挫するかの岐路にさしかかっているといえよう。2010年を目標とする目下の保健政策大綱では、四大戦略として健康増進、保健従事者の技術とモラルの向上（英訳ではprofessionalism）、地方分権化と並んで地域健康保険制度（JPKM）の推進が取り上げられているが、これらを標語として使用しながら、表向きあまり語られることのない保健セクター改革を敢行することこそが大目標になっていると思われる。日本人としてはJPKMの諸理念から我が国におけるような国民皆保険を、又、地域健康保険制度という名称からは市町村が保険事業者となっている国民健康保険を連想しがちであろうが、それだけでは「医療革命」という訳語まであてられることのあるこの種の改革の全体像を見誤ることとなろう。換言すれば、国民皆医療（universal coverage）を唱いながら、民間部門の資金をいかに動員して国民医療費全体をまかなっていくか、政府部門内の限られた財源をいかに大胆に組み替えて保健予算を確保するかに主眼が置かれているとみるべきである。そうすれば、当事者の目には変革期にある今こそが停滞気味の局面を打開する千載一遇の機会と映っているであろう、ということが容易に察せられ、昨今喫緊の課題として支援の要請があがっていることも理解できる。

##### （2）医療保障制度の発展経緯

JPKMは部外者には把握しづらいといわれるが、その原因の1つとして、米国式の管理医療（Managed health care）特有の発想や手法になじみが薄いことがあげられる。それに加えて、出自と歴史を異にする様々な制度が、後付けで広義のJPKMという枠組みの中で論じられるようになったことも話を一層複雑にしている。本章ではまず「イ」国で医療保障制度がどのように発展して今日の姿になったかを、いささか煩雑であるがなるべく時系列に沿う形で概説したい。



従来より国公立病院や同国独特の地域保健所であるプスケスマスにおいて安価な医療サービスが提供され、しかも利用者の自己負担分は15%のみとされて国民各層に医療へのアクセスを保障してきたが、これを裏づけていたのは中央政府予算であり、後には我が国の地方交付税にも似た予算であるインプレス（大統領補助金）も投入されるようになった。もともとGDPに占める総保健支出そのものが極めて低いレベルに留まっていたが、1980年代に入ると政府の保健予算額の年ごとの大きな変動が急速に問題視され、医療サービスの安定的供給に対する重大な脅威とみなされるようになった。つまりは年々増大する国民医療費が政府予算ではまかないきれなくなり、その代償として管理医療の導入や民間の資金・資源の保健サービスへの動員などの今日に連なる保健セクター改革の布石が打たれ始めたのである。

ところで都市富裕層のなかには公立の保健医療施設から提供される必要最低限の保健サービスに満足しない者も少なからず存在していた。このような人々には私立病院や大学付属病院などの一部国立病院が受け皿となって、より近代的で高度な医療サービスを提供してきたが、民間保険会社は出来高払い制によって高額になりがちな医療費をほぼ無制限に保障する損害補償型健康保険プログラムを販売して、早くから独自の発展を遂げてきた。

公務員とその扶養者のための健康保険制度であるASKESの前身は1968年には創設されていた。1970年代半ばから早くも管理医療の手法をアメリカから導入し始めたASKESは、1987年には合理的な医薬品使用を促すべく保険金の支払いを限定する医薬品リストを制定し（1999年時点で改訂第8版を発行）、翌1988年には人頭割り前払い方式を採用して保障する医療費の上限額を設定、今日のJPKMモデルの嚆矢となった。1991年に株式会社として法人格を獲得してPt. ASKESへと発展するとともに、1992年に国家保健法（同年第23号法）が制定されて第1号のJPKM事業免許を獲得するや、民間セクター（公社、一般企業など）からも自発的加入者を受け入れるようになり今日に至っている。従前から強制加入であった公務員、軍人、警察官とその退職者・扶養者に限ってみれば、対象となる1,600万人中1,560万人（97.5%）を既にカバーしており（表1-1）、民間セクターからの自発的加入者も70万人を数えるまでになっている。この制度はJPKM-ASKESと称されて、広義のJPKMの範疇に含まれる。

民間事業所従業員向けには、JAMSOSTEK基本法（1992年制定）に基づく独占会社Pt. JAMSOSTEKがその1コンポーネントとして健康保険（JPK）を提供してきた。ただし同社が実際に保障する医療サービスは極めて不十分な水準と見なされており、他の3つのコンポーネントである労災保険、死亡給付、老齢給付に比べ加入者が少なかった。この制度もJPKM-JAMSOSTEKと称され、広義のJPKMの範疇で論じられることがある。

Pl. JAMSOSTEKに未加入の民間フォーマルセクターやインフォーマルセクターの就労者に対しては、国家保健法が制定された1992年以後に免許を獲得したJPKM事業体が加入者を勧誘してきたところである。しかし2000年1月現在で免許を取得できたJPKM事業体は20社（うち2社は外資系）で、免許申請中のものが他に12社と増加はゆっくりである。肝心の加入者数も、1995年で約20万人であったものが認可を受けた事業体数とともに徐々に増加しているのみであり、当局の予想を裏切る結果になっている。狭義のJPKMとはこれら民間JPKM事業体を指す。

前述の医療保障制度が主として中央政府の主導で都市部中心に展開してきた一方で、農村部においては地域保健所、地方自治体、NGOなどがダナ・セハット（Dana Sehat、村落健康基金）を1970年代初頭から普及させていった。これは村落共同体に残る相互扶助（Gotong royong）の精神を生かし、一世帯ごとの定額制によって少額ずつ前払いで拠出し、ごく基本的な医療サービスのための支出をまかなうものである。1994年の調査では1,230万人をカバーし（表1-2）、更に詳細な1995年の調査によれば全国27州にまたがる9,096か村（全体の13%）で存在が確認され、住民1,400万人をカバーすると報告された。この制度はASKESと並ぶJPKMの原型とされ、JPKM-DSと称されることもある。

さてこのように起源、事業形態あるいは対象とする階層の大きく異なる医療保障制度が併立して存続・発展してきたものの、インフォーマルセクターの就労者や低所得者に対するカバレッジはほとんど拡大していかなかった。その不備を襲ったのが1997年に端を発する通貨危機であり、それまで優良な経営内容を誇ったASKESやJPKM事業体さえ業績を悪化させるなか、最も強くその悪影響を受けたのが医療保障の傘の外に位置したこれらの階層の人々であった。これを受けて「イ」国保健省は現在ソーシャルセーフティネットヘルスセクター（SSN-HS or JPS-BK）のプログラムを緊急対策として実施中である。具体的には貧困層の世帯に対し健康カード（cf. 口絵写真）を発行し、これを持参して保健所を受診した人々には基本的な保健医療サービスを無償で提供している。この施策を運営させるべく1998年後半から1999年にかけて全国をカバーする355もの疑似JPKM事業体（Pre-JPKMと称される）が設立され、その一部は自発的加入者をも募集するようになっている。

以上を社会経済階層別に整理し現状をとらえ直すと、図1-1及び表1-1のようになる。

<保健財政への貢献>

<医療保障によるカバー>

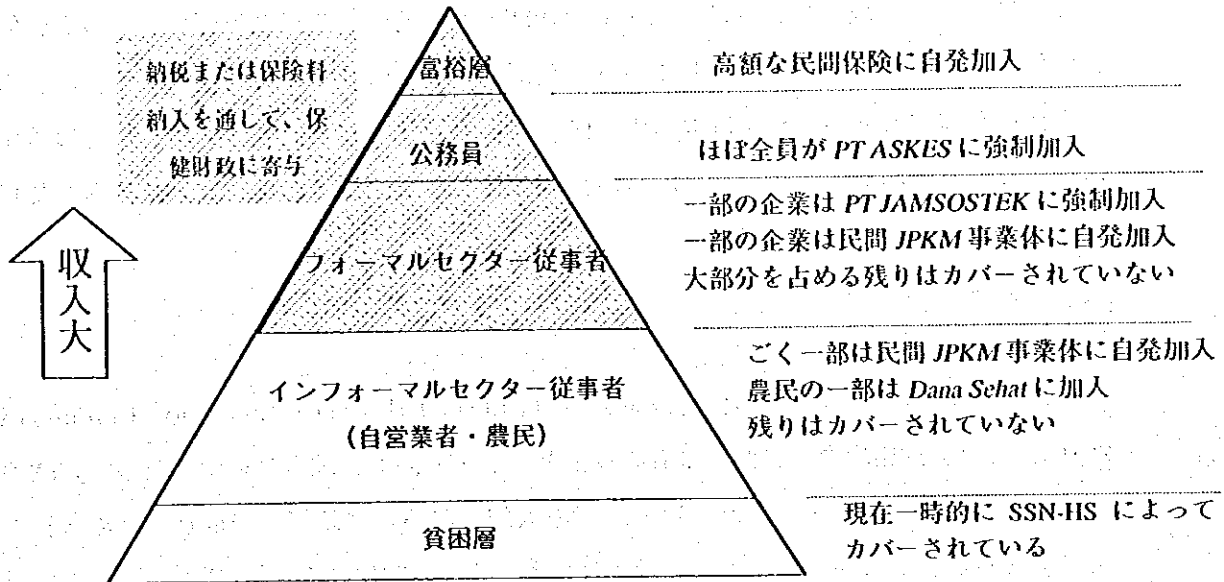


図 1-1 医療保障の現状

表 1-1 セクター別 JPKM 加入者 (1997 年時点での推測)

| セクター        | 加入者 (万人) | 潜在的市場 (万人) | %     |
|-------------|----------|------------|-------|
| 民間保険        | 8        | 1,680      | 0.5%  |
| 公務員         | 1,560    | 1,600      | 97.5% |
| フォーマルセクター   | 160      | 4,000      | 4.0%  |
| インフォーマルセクター | 83       | 10,700     | 0.8%  |
| 計           | 1,810    | 18,080     | 10.1% |

## 2. 医療保障政策についての政策の方向性

### (1) 国家開発計画庁 (BAPPENAS)

BAPPENASの保健政策担当者はこれまでのJPKMの歴史的経緯や保健省側における高い優先順位付けに関して完全に理解している。ただし、今後の政策の方向性については自ら主導権を発揮するという立場は取らず、保健省内の合意形成と他省庁との折衝を尊重するという態度である。またドナーからのJPKM支援の申し出があれば、大いに歓迎して保健省側に取り次ぐのが基本である。

### (2) 保健省

2010年を目標とする目下の保健政策大綱（1999年4月発行の「Healthy Indonesia 2010」）では、健康増進、保健従事者の技術とモラルの向上、地方分権化と並んでJPKMの推進が戦略として取り上げられている。この大綱は前ハビビ政権下で取りまとめられたものであるが、社会保障、とりわけ健康に関しては、JPKMの枠組みを基本としそのカバレッジを広げるという方針が示されており、現在の保健省においても組織的合意がとれているという。

## 3. 国際機関や各援助国の取り組み

### (1) 全般的傾向

地域健康保障制度に対するドナー側の取り組みという観点からみれば、その口火を切ったのは疑いもなく米国国際開発庁 (USAID) であり、健康保険制度 (ASKES) の動きと機を一にするかのように1980年代後半から診療費有料化とケアの標準化を柱とする公立病院の経営自立化を促進し、医薬品利用に関する改革も押し進めていった。彼らは、これらの手法で保健財政への民間資金の導入を促し、医療費の伸びを抑制する試みを行ったのであるが、そうすることで健康保険に加入するメリットを生み出すことができ、JPKMを普及させるための下準備ができる、ということまで見通していた点が秀逸であった。しかし現実には、その後中部ジャワ州のプロジェクト地域を舞台に、意欲的なJPKMの普及を試みたものの、期待したような成果は得られぬまま計画から撤退してしまった。

USAIDにやや遅れて、1995年から世界銀行 (WB) が、それに次いでアジア開発銀行 (ADB) が援助に乗り出し、それぞれのパイロット地域においてJPKM普及プロジェクトを開始した。しかしその評価も定まらぬうちに1997年の通貨危機に遭遇し、加入者からの保険料徴収にも支障を来す一方、社会的弱者救済のため急速ソーシャルセーフティネット調整融資 (SSNAL) を新規実行しなければならなくなった。この頃にはUSAIDでJPKM普及プロジェクトに携わっていた人物がADBに活動の場を移しており、貧困層に保健サービ

スを提供する際にJPKMの枠組みに準じた形をとるように誘導するにあたって大きな働きをした。もちろんこの頃までには保健省内でJPKM推進派が一定の地歩を得ていたことも大きく影響したと思われる。

## (2) アジア開発銀行 (ADB)

以前USAIDに在籍したくだんの人物は、現在もADBコンサルタントとして保健省に配置されており、JPKM政策立案の牽引役を果たしている。

- ・通貨危機発生後にSSNALを融資し、緊急的弱者支援策としての貧困層向け医療保障制度であるソーシャルセーフティネットヘルスセンター (SSN-HS) をファイナンスしている。このローンは2001年までは延長されることとなったが、以後は打ち切られる予定である。
- ・これに関連して8州においてSSN-HSの実態調査並びに事業機関であるPre-JPKMのトレーニングを実施した (1999)。
- ・5州においてFamily Health Nutrition開発プロジェクトを実施中 (1997-2001)。  
(北スマトラ、ジャンビ、バンクル、中部カリマンタン、南カリマンタン)

## (3) 世界銀行 (WB)

ADBとほぼ同様の協力体制を敷いているが、今日ではJPKMに対する評価は内部でも意見が分かれるようである。

- ・ADBと同様に通貨危機発生後にSSNALを融資し、緊急的弱者支援策としての貧困層向け医療保障制度を財政的に後押ししている。
- ・これに先立ち5州においてJPKMの人材育成研修も開始していた (1995-2000)。  
(西スマトラ、西カリマンタン、東カリマンタン、西ヌサ・テンガラ、東ジャワ)

## (4) 米国国際開発庁 (USAID)

JPKMの制度導入にあたって米国モデルを紹介するのに多大な貢献をしたが、現在は直接推進する立場にはない。

### 1) 第1期 (1988-1993) は保健セクター資金計画プロジェクト

- ・診療費有料化、ケアの標準化を柱とする公立病院の経営自立化促進
- ・医薬品利用に関する改革  
調達、配送、合理的使用・一般薬使用の促進を含む利用法改善
- ・公私両セクターを通じて管理医療を提供するための受益者負担の促進

母子保健、家族計画、予防接種、HIV/AIDSを含めたBasics Benefits Package (BBP)をあまねく提供するために、公務員はASKES、民間企業従業員はJAMSOSTEK、インフォーマル・セクター従事者はBBP-JPKMを通じて広く社会の各層に負担を求めていくものであったが、最後のものは遅々として発展しなかった。

## 2) 第2期 (1994-1998) は統合ヘルスケア改革のKlaten実地トライアル

第1期で試みられた3つの戦略を単一の県で同時に統合的に展開しようとしたが、「イ」国政府の積極的関与が得られなかった。更にUSAIDの内規上の制約や、本部と「イ」国事務所間での方針の違いも弾力的な運営の妨げとなった。1997年に通貨危機に見舞われるなか、トライアルは成果をみることなく1998年に中止のやむなきに至った。

現在の活動は、JPKM普及とは距離をおいており、母子保健と栄養問題に完全に重点を移している。

- ・ヘレン・ケラー財団と連携してビタミンAのキャンペーンを実施中
- ・UNICEFとWBを介してポシアンドゥ (Posyandu) の支援中
- ・エイズ対策
- ・保健統計のてこ入れ

## (5) 世界保健機構 (WHO)

WHOは、JPKMに関しては現在のところ静観する構えである。

## 第2章 地域健康保障制度

### 1. 現行の地域健康保障制度の実施体制と課題

#### (1) 関連法律（付属資料3参照）

「イ」国における前払い制医療保障制度の萌芽は、国家公務員、公務員退職者（退役軍人を含む）、並びにその扶養家族向けの制度導入を定めた1968年の大統領布告第230号に見られ、先述の健康保険制度（ASKES）の設立へとつながった。現行の地域健康保険制度（JPKM）の枠組みを決定づけている法的基礎は、1992年に制定された国家保健法にあり、同法第66条には、管理医療を「イ」国の保健政策の柱とし、JPKMをその実現手段として用いることが定められている。ただし同法はあくまで理念を述べたものでしかなく、詳細に関しては以後に発令された一連の大臣令、省令、通達によって規定され今日に至っている。

国家保健法に盛り込まれた基本的方向性には次のようなものがある。

- ・費用負担を含むヘルスケアのあらゆる側面において住民の自立性を高める
- ・健康増進、予防、治療、リハビリを包括する形でヘルスケアを総合的に発展させる
- ・ヘルスケアへの住民参加の度合いを高める
- ・政府の保健サービス供給者としての役割を小さくし、調整と監視に特化させる
- ・逆に民間部門の果たす役割の拡大に重点を置く
- ・JPKMに則った前払い制／管理医療の拡大発展を促す

政府当局者はJPKMの法制化に先立つ1982～1992年にかけて、チリ、ブラジル、米国、カナダ、韓国、インド、オランダ、英国、タイなどの諸国の医療保障事情を視察・検討し、自国の実状に適合するよう改良を加えたいうで、めざすべき保健システムのあり方を次のように定めた。

- ・国民皆医療
- ・予防と健康増進の重視
- ・サービスの質の確保と向上
- ・前払いによって「リスクを分散共有化する」仕組み
- ・人頭割り前払い制
- ・社会的不平等の解消
- ・公立医療機関のみならず民間の機関をも活用してのサービス提供

これらの原則を出発点として、JPKMを実践するための戦略と規制の数々が案出され、大臣令、省令等に反映されていったが、具体的な規定は実際に則して説明する方が分かりやすいので、節を改めて解説することとする。管理医療に特有の考え方や手法がふんだんに出てくるので、表2-2～2-4 (P.28-30) をご参照のうえお読み頂きたい (JPKMの本質は諸規制によって形作られた概念的枠組みであって、普通に見られる政策プログラムとは異なる、とまで表現されるほどであるから、それさえ理解できれば十分であるともいえる)。

## (2) 関連省庁・関連団体の機能と役割分担

### 1) 概観

図2-1 (P.19) に沿って加入者、運営機関、サービス提供者の三者の機能を概説する。まず加入者は提供されるサービスに応じて定められた額を契約に基づいてJPKM運営機関に支払う (加入者からの前払い)。運営機関は加入者から預かった保険料の一部で自らの運営費用をまかないつつ、特定の保健医療機関と契約を結び、被保険者である加入者本人とその扶養家族が疾病の予防・検査・治療など種々のサービスを原則として無料で受けられるように手配する。このような保健医療機関はJPKMの文脈では米国での管理医療の用語に倣って保健医療サービス提供者 (health care providers) と呼称されるが、そこで提供されるサービスの対価は、実際にかかった額が受診後に請求されるのではなく、契約によって被保険者1人当たりいくらか定められた額 (人头割り料金) があらかじめ運営機関から支払われているのである (運営機関からサービス提供者への前払い)。

保健医療サービス提供者の側では1人1人の被保険者に関して利益を出す必要はなく、保険加入者全体でみたとき黒字になっていればよい。これが「リスクを分散共有化する」仕組みである。ただし運営機関から払い込まれる契約金が加入者の頭数によってあらかじめ決まっている以上、被保険者に野放図に保健サービスを提供していたのでは赤字を生み出す元凶となってしまう。そこで被保険者が疾患にかかってしまったら費用のかさむ治療やリハビリを提供するよりは、疾病の予防、更には健康増進のために予算を振り向けることに熱心にならざるを得ない。又、治療に際しては最も費用対効果の高い手順で診断し、有効性が確立されていてしかも低廉な一般薬 (generic drugs) を処方することが利益にかなうこととなる。以上のようなメカニズムを通して「管理医療」、「健康増進、予防、治療、リハビリを包括する形でのヘルスケアの総合的発展」といった理念を医療者側が実践するための誘因 (インセンティブ) が制度のなかに組み込まれている。



それだけでは逆に被保険者に何のサービスも提供しないことで利益極大化を図ろうとする医療機関が現れないとも限らないが、加入者からのクレームが運営機関に殺到することになれば、解約者の急増をおそれる運営機関が当該医療機関にサービス改善の圧力をかけたり、同じ予算でもっと質の良いサービスを提供する別の医療機関と契約を結び直すなどの行動に出ることによって、「質の確保・向上」も担保される。つまり市場原理による圧力である。もっとも競争市場が成立していればこそそのモラルハザードへの防波堤ではあるが。

又、運営機関によっては、サービスを受ける可能性が少ない低リスク群の人々だけを選んでプログラムに加入させるといった好ましくない戦略をとることも予想されるので、年齢、リスク等によって加入の制限を設けることは法的に禁じられている。

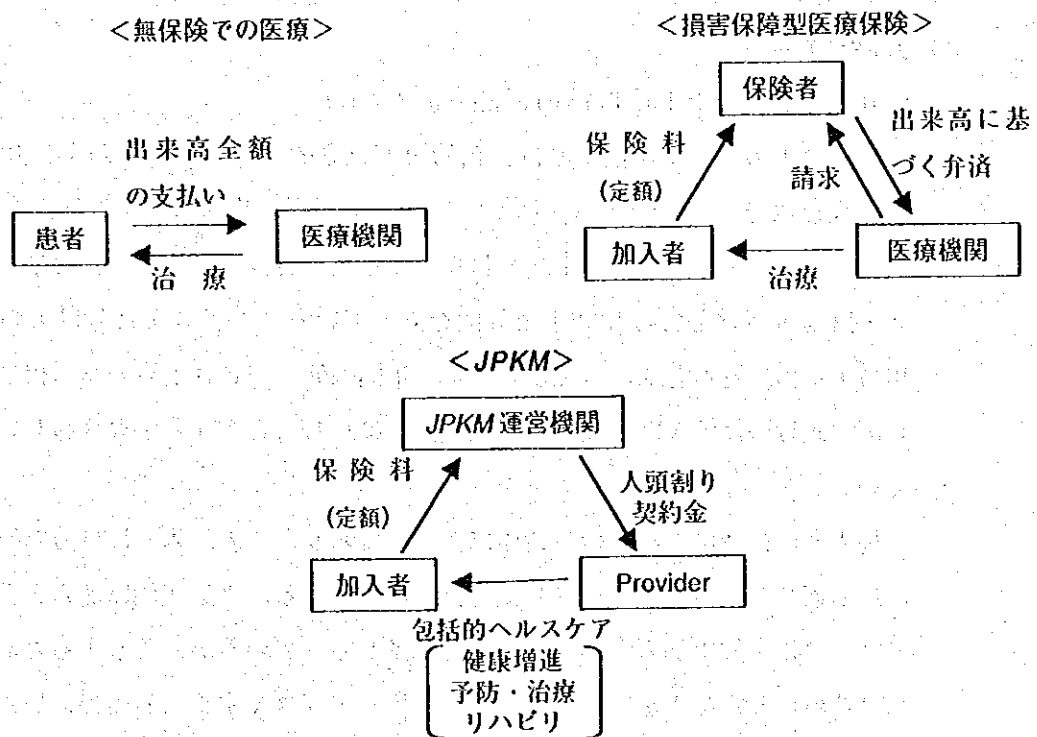


図2-1 加入者、保険者と医療機関の相関関係

表2-1 JPKM事業体別にみた加入者（1994年の調査）

| 事業体        | 加入者（万人） |
|------------|---------|
| 民間生命保険会社   | 7.2     |
| PTASKES    | 1,468.5 |
| *PTASTEK   | 49.9    |
| Dana Sehat | 1,230.1 |
| 協同組合       | 94.5    |
| 計          | 2,847.1 |

\*PT ASTEKは国営企業従業員向けの健康保険会社。現在では大部分がPT ASKESに移管されたと思われる。

\*\*この統計にはPT JAMSOSTEKによってカバーされる民間企業従業員が含まれていない。

## 2) JPKM運営機関

### a) JPKM事業体 (Badan Penyelenggara=Bapel)

政府の定める基準を満たせば、公的機関と私的機関の別を問わず、JPKM事業の実施免許を取得できることとされている。しかしその基準は、法人格を有すること、フィージビリティ調査を済ませておりその結果が良好であること、営業・保健サービス・財務・運営を含むJPKM事業計画を立てていること、3か月分以上の事業資金に相当する払込資本を既に得ていること、年間保健サービス予算の25%相当分の留保金を国営銀行の保健大臣名義の定期預金口座に積むこと、などかなり厳しい内容となっている。

加入者の勧誘はこれらの事業体に任されており、一方加入者は自分と家族の必要性に最も適合した事業体を選択して自発的に参加する。事業体側は加入希望者の年齢、リスク等によって加入を制限することが禁じられているが、そうすると高齢者や高リスク群ばかりが加入を望むという「逆選択」が起きやすくなるので、様々な住民がグループを作って加入することが推奨されている。これによって事業体側としても低リスク群の住民だけを選択的に加入させることが難しくなる。今回の調査で訪問した範囲でも、事業所ごとに従業員全員の加入を勧誘する民間JPKM事業体の例や、設立母体のカトリック教会信者全員、ミッション系学校の生徒全員の加入を促すカトリック系JPKM事業体の例があった。

事業体は事業計画に基づいてあらかじめ定めた保険料を加入者から人頭割りで徴収し、保健医療機関との間で契約した額を保健医療サービスに充当すべき費用として前払いし、残りの一部を運営費に充当する。

b) 民間保険会社

「イ」国では法律により健康保険プログラムを販売できるのは民間保険会社のなかでも生命保険会社に限定されている。最近ではそれら民間生命保険会社が従来型の損害賠償型健康保険と並行してJPKM型保険プログラムを運営・販売する例もある。JPKMプログラムの保険料金は、出来高払い制の医療費を保障する健康保険の料金の1/5程度に設定されており、給付内容の限定された廉価版健康保険として位置づけて販売しているであろう。

c) Pt. ASKES

現役の公務員からは給与の2%分が天引きされて雇用者である政府からPt. ASKESに振り込まれる。公務員の給与自体があまり伸びていないため、保険料収入は加入者1人当たり月額2,500ルピア前後からほとんど増えていない。又、加入者の高齢化が進んでおり、退職した公務員、軍人、警察官が既に現役世代の1/3を占めるまでになっている。このような状況に加えて、通貨危機後に保健医療機関が診療費の値上げを通告してきたことから採算は悪化している。

1992年、国家保健法が制定されて事業免許を取得後、強制加入者以外にも民間部門（会社、公社など）から自発的加入者を受け入れるようになったが、会計処理はそれぞれ独立して行っている。又、前者の給付内容は1つのパッケージしかなく公立病院としか契約していないが、後者では3種類の給付水準のものを用意しており、保険料もそれに応じて月額1万~16万ルピアまで開きがあり、私立病院の受診までカバーするものもある。

強制加入者向けのパッケージでは、保健所医師や家庭医（後述）による一次医療に係る部分の医療費は「人头割り」計算で前払いしており、病院での診療に係る部分は「所定の1日当たり単価に入院日数を乗じて」計算した額を支払っている。給付内容としては外来診療、入院診療、出産、専門医による治療、臨床検査、薬剤、制限範囲内での歯科処置がカバーされることになっている。

全国をくまなくカバーするため、現在17の支店と95か所の営業所（2名以上の職員を配置）を置いており、運営コストは徴収保険料の10%以上かかっていると思われる。なお現在のところ政府からの財政的援助等はいっさい受けておらず、すべてを独立採算でまかなっている。

d) Pt. JAMSOSTEK

この会社の事業の全体像については第2部第2章に詳述されているので参照のこと。従業員10名以上又は1か月当たり計100万ルピア以上の給与を支払っている企業に加入が義務づけられているが、その義務は雇用者が負っており、従業員が保険料の

一部でも負担することはないし、個人的に加入することもない。健康保険部分の保険料は独身者の場合給与の3%分、扶養家族を有する場合6%分である。加入者は同社が提携する保健医療機関を受診すれば無料で保健医療サービスが受けられる。保健所医師や家庭医による一次医療に係る部分の医療費は「人头割り」計算で前払いしており、病院でのサービスに係わる部分は「出来高」に応じて支払っている。給付内容は先述のPt. ASKESと同様となっている。しかし実際は医療施設側が「出来高」計算で請求しても、様々な理由から支払いを拒否され、最終的にその分が患者側に実費請求される例も少なくなく、同社が実際に保障する給付水準は不評をかつている。雇用者がJPKと同等以上の給付内容の健康保険を従業員に提供する場合は、同社のJPK部分への加入は法的にも免除されており、同社側としても労災保険、死亡給付、老齢給付の3種だけのパッケージを用意して対応している。新興勢力である民間JPKM事業体は、より充実した給付内容を売り物にして一般企業に切り崩しをかけ、Pt. JAMSOSTEKとの契約をJPK抜きのパッケージに切り替えさせながら、自らのプログラムに乗り換えるように勧誘するわけであり、又、一部の雇用者は自主的にASKESを選択して乗り換えたりしている。このような状況下にあつて、同社からは毎年少なからぬ数の既加入者が脱退しており、現在のJAMSOSTEK改革の議論のなかでは、JPK部分をASKESに一括譲渡する方向にある。

#### e) 疑似JPKM事業体 (Pre-JPKM)

通貨危機以前にも、JPKMの理念に共鳴して協同組合 (Koperasi) を結成して同事業の運営に乗り出すものがあり、その一部には厳しい認可基準をクリアして正規の事業免許を獲得することをめざすものもあつた。表2-1の中の協同組合の項を見ると、1994年時点で95万人近い加入者を得ていたことがわかる。

通貨危機後「イ」国政府は世界銀行 (WB)、アジア開発銀行 (ADB) からの構造調整ローンを受けて社会的弱者対策に乗りだし、保健省としてもソーシャルセーフティネットセクター (SSN-HS or JPS-BK) と呼ばれる貧困層への無料医療給付を開始した。その裏付けとなる資金は州組織を飛ばして県・市レベルに直接流し、又、この機会をとらえてJPKMに準ずる運営形態をとらせることにしたため、資金の受け皿となつてこれを管理し保健サービス提供者との契約を仲介する組織が必要となつた。もともと免許事業者や協同組合が存在していた地域ではこれらにSSN-HSに係わる業務を請け負わせることができたが、大多数の地域にはそのような組織がなく、全く新たに協同組合を作らせることとなつた。

退職した公務員が専従職員となつたり現役公務員がパートタイムで参加したりして4名以上からなる団体を作り、正規のJPKM事業体に似せてそれぞれ営業・保健サー

ビス・財務・運営など担当させる例が多かったようである。こうして1998年後半から1999年にかけて355ものPre-JPKMが、あたかも雨後の筍のごとく全国に出現した。出資元であるWBやADB、あるいは政府からの要請を受けたJICAの協力（第3節参照）によって運営実務に関するトレーニングを施すことができたPre-JPKMは、現在までの累計でも約120団体にすぎない。裏を返せば2/3近くを占める残り200余りの団体は全く訓練を受けないままに業務を開始したことになる。この一事をみても事業を運営する組織が存在して資金がpullされたのではなく、資金をpushすることで受け皿組織の設立を誘導したことが明白であって、それらが実際に事業を円滑に運営する意思と能力を備えていたかとなると心もとない。今回の調査中にも「Pre-JPKMはごく一部の例外を除くとほとんど機能していない」といった類の発言にしばしば出くわしたが、むべなるかなである。

計画どおりに事が運べば、貧困層1世帯当たり年間1万ルピアを保健省から受け取った協同組合は資金の8%を管理費用に充てて組織を維持しながら、残りの92%相当分を利用してプスケスマス・村落助産婦と一括契約して対象住民の医療費として前払いすることになっている。又、月例報告を取りまとめ保健省に提出する義務を負っている。つまりPre-JPKMはJPKMの枠組みのなかで運営機関が行っている役割を果たしているのである。

プスケスマス・村落助産婦を通じて提供されるサービスは次のとおりである。

- ・基本的保健サービス（プスケスマスでの診療が主、病院サービスはプスケスマスからの紹介による外来受診と救急のみ）
- ・産科サービス
- ・乳児とその母親のための食料補給

（参考）ダナ・セハット（村落健康基金）

小は50世帯位が月額100ルピア程度を持ち寄るものから、大は1,000世帯を超えて協同組合化するものまで事業規模の差が大きい。給付内容は掛け金の小さなものでは当然プスケスマスでの外来サービスに限られるが、掛け金が大きくなるに従って入院サービスまで保障できるものもある。

通貨危機以前に全国にまたがって普及していたが、現在も活動を続けているものも少なくない。したがって、地域によってはこれとPre-JPKMの両者が併存して活動している。かつてはダナ・セハットが発展して正規のJPKM事業体に昇格することも期待されていたが、その運営内容や管理体制は概して貧弱であり、事業免許を獲得できる見込みは極めて薄いと考えざるを得ない。支払い能力のある加入者は、より充実した

保障を求めて別の正規のJPKM運営機関に移籍しようとするのが現状である。

### 3) 保健医療サービス提供者

#### a) 私立病院

私立病院がJPKMの提携先として選ばれるのは、ほとんど狭義のJPKM事業体、つまり民間が運営する場合に限られる。これまで出来高払い制の医療費請求に慣れ親しみ、民間生命保険会社の運営する健康保険と提携することがほとんどであった大多数の私立病院は、その高コスト体質からも人頭割り制の予算内で加入者の健康を守っていくというJPKMの考え方にはなかなかついていけない面がある。

ごく少数の私立病院だけがJPKM事業体を併営しており、その場合当然のごとく設立母体となった病院をサービス提供者に指定している。

なお訪問したカトリック系病院では、医療費を払えない患者のための無料診療制度を有しており、寄付金等を原資として継続的に運営していた。

#### b) 公立病院

狭義のJPKM事業体、Pt. ASKES、Pt. JAMSOSTEKなどから提携先として選ばれ、加入者にサービスを提供する立場にある。しかし現在のJPKMの普及度から類推すると、病院側から見ると従来どおりの出来高払い制に従って医療費を支払う患者が大多数を占めているはずである。したがって、担当する医師がJPKMの仕組みや考え方に習熟していなければ前項に述べた私立病院と同じ問題に直面することになるし、事務職員が診療費の請求に不慣れであればやはり業務上混乱が生ずる可能性がある。ちなみに訪問した「イ」国大学付属病院にはASKES加入者専用の受付窓口が設けられており、事務手続きが専門化されていた。

なお一部の私立病院のように、自らJPKMの運営に乗り出す例は公立病院には見られない。

#### c) プスケスマス（地域保健所）

地方においてはこれ以外に保健医療施設がないことがほとんどであり、今般のSSN-IISの展開に際してサービス提供者として中核的な位置を占めたのは当然である。それに先立つダナ・セハットの導入期においては、単にサービス提供者として選ばれたというだけでなく、プスケスマス側が積極的にダナ・セハットの設立・運営を誘導した歴史もある。又、都市部においても病院での医療費が高額につくことから、SSN-IISにあっては、やはりプスケスマスが事実上唯一のサービス提供者として位置づけられている。

そのように重要な働きを担わされているプスケスマスでありながら、そこで提供さ

れるサービスの質は十分なものではない。医学部を卒業した医師は、ただちにプスケスマスに赴任し3年間の勤務をすることが義務づけられており、卒後研修を受けるのはその後である。これを患者側からみれば、ほとんどのプスケスマスでは臨床経験の極めて乏しい新卒医師にしか診察してもらえないことになる。そのうえ彼らには施設の管理者として採算性の改善という重い責務が負わされており、サービスを提供すればするほど赤字に結びつくJPKM加入者、とりわけSSN-HSの対象となるような貧困層に対する診療活動には消極的にならざるを得ない状況に置かれているという。

#### d) 村落助産婦

SSN-HSにおいてはプスケスマスと並んで地方でのサービス提供者として選ばれ、基本的な産科サービスを提供している。

### 4) JPKM加入者

加入者はJPKM運営機関が保障するサービスに応じて定めた額を契約に基づいて支払い、同運営機関が提携する医療機関を通じて健康の回復・維持・向上のために種々のサービス（疾病の予防・検査・治療など）を受けることができる。医療費が契約によって保障された給付水準を超える場合は、医療機関があらかじめJPKM加入者に説明して同意を得ることとされている。その場合の差額は本人負担となることが多いが、雇用者が負担することもある。

加入者は実際に受けたサービスに不満があれば運営機関に不服を申し立てることができるし、選択肢があるならば別の運営機関のプログラムに乗り換えることもできる。しかし公務員、軍人、警察官の場合には自動的にPt. ASKESに加入することとなり、選択の余地はほとんどない。民間のフォーメラルセクターで働く労働者の場合も、Pt. JAMSOSTEK、民間JPKM事業体、又は、Pt. ASKESのうちの1つから雇用者が選択して一括加入するか、事業所単位で未加入であるかのいずれかとなり、個々の従業員には選択権はない。SSN-HSの受益者も保健省が保険料を全額肩代わりしているという意味で非自発的加入者である。

狭義のJPKM事業体に個人加入している人々とダナ・セハットへの参加者だけが真の自発的JPKM加入者といえ、結局のところJPKMの傘の下にある被保険者のほとんどは、自ら運営機関を選択して加入しているのでもなければ、自ら保険料を支払っているのでもないことになる。

### 5) 監督官庁

#### a) 保健省

1999年になって地域保健総局内に管理医療監督局 (Regulatory Body for Managed Careの仮訳) が新設され、JPKMに関する業務を一手に引き受けるようになった。

た。すなわちJPKM事業体の免許申請を受け付け、審査して免許を交付し、免許事業体からの報告を受ける立場にある。最近のSSN-HSの業務をも統括しているが、その主たる出資元であるADBのプロジェクト事務所はこの局を取り囲むようにして配置されており、省内の部屋割りからも両者の緊密な連携ぶりがうかがえる。

なおSSN-HSにおけるPre-JPKMの認可は中央ではなく、保健省州事務所で行ったが、有効期間は2年間に限定されている。また事務所によってはJPKM事業の実施状況についてモニタリングや指導を行っているところもある。

ASKESの前身は保健省の組織の一部であった時期もあるが、国有会社への移行を経て現在は民営化されている。

#### b) 労働力省

Pt. JAMSOSTEKの監督官庁であり、当然その健康保険コンポーネントも保健省ではなく労働力省の管轄となっているが、監督部門はPt. JAMSOSTEKの内部にしかなく外部からの監査は極めて困難である（第2部参照）。

#### c) 大蔵省

民間保険会社を監督するのは財務省であり、健康保険プログラムといえども例外ではない。

### (3) 運営の現状と課題

最大の問題は国民皆医療を唱うJPKMが、公務員と一部の民間企業従業員以外には容易に普及せず、理念と現実との間に大きな乖離があることであろう。Pt. JAMSOSTEKは苦戦中であるし、民間JPKM事業体による加入者獲得は緩やかであり今後その速度を幾何級数的に増加させない限り目標達成はおぼつかない。どうやら初期のJPKM推進者たちは、彼らの側ではコンセプトを明示して若干の法令を整備すれば十分で、あとは利潤を求める民間JPKM事業体の参入がひきも切らないはず、という甘い予測をしていた節がある。さすがに今日では、推進者の中にも国民皆医療の達成には更に15年位は必要だろうと率直に認める者が出てきた。

又、貧困層に対するSSN-HSは通貨危機を奇貨として緊急的時限的に導入されたものでしかなく、WBとADBからの調整融資が打ち切られる2002年以後には存続そのものがあやぶまれ、いかにその成果が限定的であるとはいえ、プログラム中止による反動が心配される。

雑多なJPKM運営機関がつぎはぎ状に生き残っていることも、JPKM制度の統一的な運営にとっては障害であるが、第1章で概説したとおり全体像を詰めきれないまま大臣令、省令が継ぎ足されていったことと無関係ではない。その影響は各運営機関に対する監督



体制にも現れており、民間保険会社には財務省、Pt. JAMSOSTEKには労働力省、民間JPKM事業体には新設の保健省地域保健総局管理医療監督局、Pre-JPKMには保健省各州事務所があたるというようにバラバラである。しかもそれらの監督権限、監督能力のいずれも十分なものとはいえない状況にある。

JPKMが制度全体として所得の再分配機能をあまり果たしていないことも社会保険制度として未熟に思われる。各運営機関にはそれぞれ主に対象とする社会経済階層が決まっているうえに、各々が独立採算性で運営されている。したがって、理論上は同じ運営機関に加入する同じ階層内では世代間の所得再分配（世代間賦課）は行われ得る。しかし、国民皆医療を満たすうえでより重要と思われる階層間の所得再分配は、課税を通じて部分的に行われているだけで、JPKMを通じては行われていない。最近になって運営機関の連合会が創設されたが、民間JPKM事業体同士間やPre-JPKM同士間であろうとも資金の融通はできない。特に比較的資金の潤沢な一部民間JPKM事業体やPt. ASKESからPre-JPKMを含む他の零細なJPKM事業体への資金補填は前者側の抵抗が非常に大きいことが予想されている。又、事業体が経営難に陥った場合の税金投入については法的根拠が準備されておらず、再保険制度も一般的ではない現状ではJPKM事業体の倒産を防ぐ備えがない。

表2-2 民間JPKM事業体の運営実態(1)

| JPKM事業体の名称 | Health Fund Takaful Muhammadiyah | PJKK Sint Carolus       | JPKM Surya Sumirat   | PT Abdi Waluyo Mitra Sejahtera |
|------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------------|
| 設立母体       | PT. RS. Islam Cempaka Putih Jaya | 聖Carolus会               | Sint Borromeus病院     | PT Pratapa Nirmala/ Fahrenheit |
| 設立母体の性格    | イスラム系病院                          | カトリック系                  | カトリック系病院             | 病院、製薬メーカー、医療材料販売会社の持株会社        |
| 事業形態       | 非営利医療機関                          | 財団                      | 財団                   | 協同組合                           |
| 設立年        | 1994                             | 1989                    | 1999                 | 1993                           |
| 事業開始年      | 1995                             | 1992                    | 1999                 | 1993                           |
| 加入者数       | 7,500                            | 6,545                   | 3,348                | 30,000                         |
| SSN世帯数     |                                  |                         | 34,000               |                                |
| 職員数        | 7                                | 18                      | 7                    | 15                             |
| 受益者数       | 2,500                            | 200                     | no data              | 200                            |
| カバーする地域    | 全国26州                            | ジャカルタ+近郊                | バンドン                 | ジャカルタ+近郊、他の大都市                 |
| 地域の特徴      | 都市周辺                             | 都市周辺                    | 都市周辺                 | 都市周辺                           |
| 主な加入者      | 病院職員、信者、系列学校生徒                   | 病院職員、信者、系列学校生徒、一般企業     | 病院職員、信者、一般企業、SSNは貧困層 | 一般企業・団体                        |
| 収入源        | 喜捨                               | 保険料                     | 保険料、国家予算             | 保険料                            |
| 契約する医療機関   | イスラム系病院グループ                      | Sint Carolusグループの病院・診療所 | グループの病院、プスケスマス       | 傘下の病院、開業医、薬局、床検査会社             |
| 給付内容       |                                  |                         |                      |                                |
| 予防・健康増進    |                                  | OK                      | OK                   | OK                             |
| 外来         | OK                               | OK                      | OK                   | OK                             |
| 病院での治療     | (OK)                             | OK                      | OK                   | OK                             |
| 産科サービス     |                                  | OK                      | OK                   | OK                             |
| 投薬         |                                  | OK                      | OK                   | OK                             |
| 歯科治療       |                                  | OK                      | OK                   | OK                             |
| 理学療法       |                                  | OK                      | OK                   | OK                             |
| 栄養指導       |                                  | OK                      | OK                   | OK                             |

ジャカルタ+近郊とはJakarta, Bogor, Tangerang, Bekasiを指す

収集資料No.34を元に作表

太字は直接訪問して聴取した事業体

表2-3 民間JPKM事業体の運営実態(2)

| JPKM事業体の名称 | PT Asuransi Jiwa Tugu Mandiri | PT International Health Benefits Indonesia | PT Sapta Prima Binajasa | PT Mitra Keluanrga Piranti Sehat |
|------------|-------------------------------|--|-------------------------|----------------------------------|
| 設立母体       | PT Asuransi Jiwa Tugu Mandiri | International Health Benefits Pty. Ltd. 豪系 | PT Sapta Prima Binajasa | PT Enseval                       |
| 設立母体の性格    | 民間保険会社(生保/年金/従来型健保も販売)        | 外資系と左記保険会社の合弁                              | インドネシア医師会と会員医師が株主       | 製薬メーカーを核にする病院グループ                |
| 事業形態       | 協同組合                          | 協同組合                                       | 営利医療機関                  | 営利医療機関                           |
| 設立年        | 1992                          | 1996                                       | 1996                    | 1989                             |
| 事業開始年      | 1992                          | 1996                                       | 1997                    | 1989                             |
| 加入者数       | 150,000                       | 24,600                                     | 28,000                  | 10,000                           |
| SSN世帯数     |                               |  | 48,000                  |                                  |
| 職員数        | 30                            | 91   | 7                       | 15                               |
| 受益者数       | 200                           | 1500                                       | no data                 | 50                               |
| カバーする地域    | ジャカルタ+近郊                      | 全国   | リアウ州、SSNはジャカルタ西地区       | ジャカルタ+近郊                         |
| 地域の特徴      | 都市周辺                          | 都市周辺                                       | 都市周辺                    | 都市周辺                             |
| 主な加入者      | 中間層以上の個人・家族、一般企業・団体           | 注) JPKMプログラムを5つの一般企業と14の保険会社に販売            | 一般企業、SSNは貧困層            | 日系企業を含む一般企業                      |
| 収入源        | 保険料                           | 保険料  | 保険料、国家予算                | 保険料                              |
| 契約する医療機関   | 親会社が提携する全国の医療機関               | 親会社が提携する全国の医療機関                            | 医師会員の開業医か?              | 系列の病院グループ                        |
| 給付内容       |                               |  |                         |                                  |
| 予防・健康増進    | OK                            | OK   | OK                      | OK                               |
| 外来         | OK                            | OK   | OK                      | OK                               |
| 病院での治療     | OK                            | OK   | OK                      | OK                               |
| 産科サービス     | OK                            | OK   | OK                      | OK                               |
| 投薬         | OK                            | OK   | OK                      | OK                               |
| 歯科治療       | OK                            | OK   |                         |                                  |
| 理学療法       | OK                            |  |                         |                                  |
| 栄養指導       | OK                            |  |                         |                                  |

ジャカルタ+近郊とはJakarta, Bogor, Tangerang, Bekasiを指す

収集資料No.34を元に作表

太字は直接訪問して聴取した事業体

表 2 - 4 民間JPKM事業体の運営実態 (3)

| JPKM事業体の名称   | PT Satyasiaga<br>Jasa Medika      | Mitra Husada<br>District Company | Bulukumba<br>District<br>Company |
|--------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 設立母体         | PT Satyasiaga<br>Insurance Broker | 地方自治体                            | 地方自治体                            |
| 設立母体の性格      | 民間保険会社と<br>その従業員組合                | ダナ・セハット<br>→協同組合<br>→自治体立法人      | 自治体立法人                           |
| 事業形態         | 協同組合                              | 財団                               | 財団                               |
| 設立年          | 1996                              | 1994                             | 1997                             |
| 事業開始年        | 1996                              | 1995                             | 1997                             |
| 加入者数         | 12,000                            | 164,654                          | 7,573                            |
| SSN世帯数       |                                   |                                  | 19,300                           |
| 職員数          | 14                                | 公務員、村長                           | 4?                               |
| 受益者数         | no data                           | no data                          | no data                          |
| カバーする地域      | ジャカルタ+近<br>郊                      | Magetan県<br>(西ジャワ州)              | Bulukumba県<br>(南スラウエ<br>シ州)      |
| 地域の特徴        | 都市周辺                              | 農村部                              | 農村部                              |
| 主な加入者        | 一般企業                              | 一般住民、学校<br>生徒                    | 一般住民                             |
| 収入源          | 保険料                               | 保険料、寄付、<br>県予算                   | 保険料                              |
| 契約する医療機<br>関 | 記載なし                              | 21のプスケスマ<br>ス、(紹介先は<br>県病院)      | 14のプスケ<br>マス                     |
| 給付内容         |                                   |                                  |                                  |
| 予防・健康増進      | OK                                | OK                               | OK                               |
| 外来           | OK                                | OK                               | OK                               |
| 病院での治療       | OK                                | (OK)                             |                                  |
| 産科サービス       | OK                                | OK                               | OK                               |
| 投薬           |                                   | OK                               | OK                               |
| 歯科治療         |                                   | OK                               |                                  |
| 理学療法         |                                   |                                  |                                  |
| 栄養指導         |                                   |                                  |                                  |

ジャカルタ+近郊とはJakarta, Bogor, Tangerang, Bekasiを指す

収集資料No.9およびNo.34を元に作表

#### (4) 制度改善及び拡充の可能性と制約要因

##### 1) 強制加入制

当局は国家保健法以来、住民の医療費負担能力を大いにあてにしながらも、自発的な負担意思を最大限尊重する方向でJPKMの推移を見守ってきたが、加入者数の伸び悩みは誰の目にも明らかとなった。そこで強制加入制への大転換を通じてこれまで到達することが難しかった住民グループをも一気に制度内に取り込もうという論調が強くなってきているのが昨今の保健省である。

##### 2) 住民の保険意識涵養

自発加入に任せていても一向にJPKM加入者が増加しないことから、一般住民の間での保険意識の薄さも段々と明らかになってきた。ダナ・セハットが一定の成功を収めた農村部を別にすると、都市及びその周辺に住む人々は伝統的な共同体意識などはもはや持ち得なくなっており、保険加入にあたっては農村型の相互扶助意識に代わって保険の利点についての現代的な理解が不可欠となっている。

そこで今更といった失礼ながら、住民の保険意識を喚起・醸成することがまずもって重要であると認識されてきたのである。今のところ道路脇に広告看板を立てたり、宗教指導者層に理解を求め信者への浸透を依頼するなどの動きが見られる。

##### 3) 法制度の再整備

地方分権化がいよいよ施行間近となり、JPKMに関連する諸法令もそれに併せて改正する必要に迫られているが、この際モザイク状の運営機関や監督体制を是正しながら、強制加入化移行に絡む法整備も含めて一括的に再整備しよう、という機運も急速に盛り上がってきている。

##### 4) 家庭医制度の発展・充実

本章の保健医療サービス提供者の項で繰り返したように、制度が円滑に運用され、限られた医療費の範囲内でもサービスの質が確保されるためには、出来高払いではなく定額前払い制の条件下での診療行為に習熟した医師を確保することが必須となる。このような医師は診療範囲の広さからはまぎれもなく一般医であるが、「イ」国で従来から言われていた専門医教育をいまだ受けていない医師という意味での一般医とは一線を画するものでなくてはならない。このような認識はJPKMを推進する人々の間では共通のものとなってきており、加入契約の際に第一次医療を家庭医から受けることを義務づけるJPKM運営機関も多い。家庭医の養成プログラムとしては既に5つの大学の公衆衛生学部によって設置され、卒前、卒後にまたがるカリキュラムが組まれている。しかし、すべてのプスキスマスに家庭医を配置したり、JPKMを本格普及させようとするならば現在の養成体制では到底足りない。このことが家庭医養成課程の増設に対する支援要請につながっている。

## 2. 制度改善に向けての「イ」国政府の取り組み

保健省としては地方分権化への対応にかなりの労力を割かれている状態であると思われる。もちろんJPKM当局者はこれへの対応を兼ねながら強制加入制をも盛り込んだ形で関連法令の再整備を完了しようと鋭意作業中であり、2000年末までに法律案を完成させることを目標としている。しかし制度の全般的手直しはパンドラの箱を開くようなもので、省内外から意見が百出して利害調整が追いつかない現状を招いている。保健省原案が固まった後にも関連他省庁との折衝が残っているが、調整官庁である国家開発計画庁としても今は事態の推移を見守っている段階である。

強制加入化を押し進めるといふ時、当局者は受け皿として民間JPKM事業体を想定しているようであり、必然的にそれらが既に存在している主要都市から普及を図るといふ方針が立てられている。強制加入が実現した場合徴税と同時に保険料を徴収する案が有力視されているものの、公金と民間企業の売上金とが同じ窓口で同時に集金されることの整合性が大きな問題となろう。

貧困層へのソーシャルセーフティネットーヘルスセクター (SSN-HS) の継続も極めて重要な課題であるはずであり、国家開発計画庁 (BAPPENAS) の担当官もそのように述べていたが、保健省にあっては前記2点ほどには優先順位は高くないように見受けられた。保健省の全国セミナーの席上でも、政府部内での予算組み替えが間に合って保健省予算の範囲内で継続できるようになることが望ましいが、それがかなわぬ場合にはやはり別のドナーに支援してもらいしかなく、という他力任せに近い発言が聞かれた。現在あるPre-JPKMは今後市場原理に従って優勝劣敗が避けられないであろうという突き放した見方も広くされている。

## 3. 我が国を含む各ドナーの取り組み

米国国際開発庁 (USAID) はJPKMそのものへの支援からは距離を置いている。

通貨危機後にアジア開発銀行 (ADB) と世界銀行 (WB) がソーシャルセーフティネット調整融資 (SSNAL) を実行し2年間の緊急的な弱者支援策に乗りだし、Pre-JPKMは実質的には1999年から機能し始めた。これを受けて両ドナーは更に2年間の融資延長を決定したが、その後の対応については極めて不透明である。

このような流れの中でJPKM普及に向けた協力を要請された我が国は、1999年より南スラウェシ州内のPre-JPKMの専従職員と保健従事者に対するトレーニングコースに対する支援に乗り出した。現地国内研修のスキームを利用して経費を賄い、プロジェクト方式技術協力「南スラウェシ地域保健強化計画」の討議議事録 (R/D) 外の業務として対応してきたところである。

なお、WBは次期のプロジェクトとしては、より地方分権化を意識したものを準備している。「イ」国が予定している県レベルへの権限委譲では保健教育などの広域行政を行うことが困難であろうとの判断から州全体をカバーする総括的保健プロジェクトを2州において実施する見込みである。医療保険制度の充実・普及は単独でプロジェクトを行うのではなく、利用者負担の拡大

と併せて需要者側の資金動員という位置づけの下で支援する。住民に保険加入の動機づけを行うため、融資資金の一部で初期の保険料を肩代わりする案もある。

#### 4. 課題

ここでは前節までに述べた諸課題を箇条書きにして再掲することとする。

- ・加入者の大幅な拡大、とりわけフォーマルセクターの未加入者やインフォーマルセクター就業者の取り込み
- ・強制加入制への移行
- ・地方分権化との整合性確保
- ・保健省内での合意形成
- ・税務当局など関連省庁との調整
- ・前記を裏づける法整備
- ・保険意識の涵養
- ・家庭医制度の発展・充実
- ・保健医療サービスの質の向上
- ・政府部内での予算配分見直しと貧困層対策の恒久化
- ・ソーシャルセーフティネット調整融資（SSNAL）の延長の可否
- ・他下ナーの動向
- ・監督権限の明文化と監督能力の向上
- ・JPKM事業体自体のためのセーフティネット整備

## 第3章 我が国の協力の可能性

### 1. 総論

「イ」国では保健セクター改革の試みが十数年前から開始されていたが、政治体制に起因する予算配分の硬直化もありその歩みは遅かった。保健政策の柱の1つとして国民皆医療をめざしたJPKMの推進が唱われていたが、皮肉なことに最も健康上のリスクの高い低所得者層に広く医療サービスの恩恵が及ぶには、通貨危機後の緊急的弱者支援策の発動を待つより他になかった。この施策をファイナンスしたアジア開発銀行（ADB）、世界銀行（WB）からのソーシャルセーフティネット調整融資（SSNAL）の打ち切りを2002年に控え、保健セクター改革を急ぐ必要に迫られている。このような時機にあたり我が国として改革を側面からでも支援することの意義は小さくない。その反面、国家予算の大幅な組み替えをも迫るこの改革が政治的困難から頓挫してしまうおそれや、政策変更の具体的方向性について不透明感の残る現時点で本格的支援を開始する危険を考慮して、他の多くの二国間援助機関が事態の推移を注視しているのも無理からぬことといえる。

### 2. 地域医療保障制度の改善及び普及

#### (1) 短期的協力

まずはプスキスマスなど保健医療機関で提供されるサービスの質を上げ、住民の信頼と支持を取り付けなければ、健康保険制度を整備したところで実際の利用は増加せず、保険加入者の支払い意志を喚起・維持させることもできないおそれが強い。このJPKM普及の条件整備という観点からも従来我が国が「イ」国で展開してきた技術協力、無償、有償などの保健医療協力を地道に継続・発展させることが望ましく、又、それならば改革の帰趨のいかんによる影響も受けにくい。この点に関しては保健省へのJICA派遣長期専門家が十分認識しておられるところであり、策定された「自立型保健医療システム10カ年計画」の中に反映されている。

サービスの質を向上させるためには十分な数の家庭医養成が鍵を握ることも既に述べたが、我が国自身1980年代以降にその発展・定着を試みながら見るべき成果を上げられなかった。そのため具体的な支援方法としては研修コース新設に要する資金援助がまずあげられるが、大きな建家が必要なわけでもなく「地元負担分」とみなされるような支出が主であるため残念ながら無償資金協力になじまない。

この改革の動きをとらえて、我が国の経験をJPKMの制度に効果的に活用してもらう、という積極的な立場に立つならば、健康保険分野に特化した政策支援型短期専門家の派遣や「イ」国側政策立案者の我が国での短期研修も有効であろう。歴史的経緯から米国



型の管理医療を原型とし周辺アセアン諸国の経験を範として「イ」国向けに適合させようと試行してきたが、その限界に直面しているところであり、我が国の制度や経験にも学びたいという機運も醸成されていると思われる。ただし制度の基本設計に彼我の差が大きいことから、専門家としてはこの点をそしゃくしたうえで、応用可能な事柄を十分整理して提示できる人材を選ばなくてはならないし、最適な派遣時期を慎重に選び、かつ事前の環境整備を行って、短期間の派遣であっても最大の成果が上がるようにしなければならない。その意味から保健省計画局に派遣中の長期専門家と緊密な連携を取りながら実施することが不可欠である。

又、研修員の人選、及び研修先と時期の選択に関しても同様のことがいえる。

JICAは1999～2000年にかけて南スラウェシ州内のJPKM事業体職員と保健従事者を対象とする第二国研修に協力してきたところであり、所期の対象者への訓練は一巡する見込みである。その成果を確かなものとするために上級コースを設置することや、活動を監督指導する立場の保健省州事務所職員を対象者としてモニタリングや評価法に関するコースを増設することは流れとして自然であると思われる。その場合これまでJICA技術協力プロジェクト要員に負担をかけていた企画調整作業については長期専門家を別途派遣して専任であたらせ、トレーニング後のモニタリング・評価にも一部実際に参加しながら成功事例を発掘したり、経過を広報したりといった関連業務まで行わせることが望まれる。しかるのち同様の研修プログラムを他州でも展開することが視野に入ってくる。

又、在外プロジェクト形成調査などを通じて、南スラウェシに限らず全国各地におけるJPKMの運営状況の調査、成功事例の分析を行い、地方自治体レベルにおける本制度普及に関する問題点や課題などを抽出することは、地方分権化移行後に地方自治体、州政府及び中央政府保健省がどのように役割を分担すべきかという提案にもつながり、又、今後より具体的な協力案件を提案するうえでも極めて有益であろう。

## (2) 中長期的協力

前項にも取り上げた「自立型保健医療システム10カ年計画」との協調を図りながら、保健医療に係わる技術協力、研修、無償（できれば有償も）などの諸案件を組み上げていくことが望ましい。個別的、断片的にのみ受け取られるのでは、実際の援助効果という観点からもドナーとしての地歩という観点からも、せっかくの援助規模が生かされないと考えられる。

今の段階でJPKM事業体そのものへ援助を行うと民間営利事業へのODA供与になりかねないが、関連法令の再整備が予定どおりに終了すれば支援体制も取りやすくなるものと考えられる。例えば、JPKM事業体連合会や保健省州事務所の監督担当部署に、保険数理士

や保険会社の営業・監査などの経験者をシニア・ボランティアないし個別専門家として派遣する等、協力隊員を特定地域に集中的に配置して住民の保険意識を覚醒させるような活動を展開すれば、積極的に成功事例を作り出すことができるはずである。

又、研修員の受入れとしてこの時期にふさわしいのは、州や県レベルの行政官を我が国地方自治体の国民健康保険担当部署に招聘して保険行政の実務を学ばせることであろう。

南スラウェシ州内での第二国研修の成果をみながら、教材、研修トレーナーなどを有効に活用して同様のプログラムを周辺諸州（特に無償資金協力で南スラウェシと同様の保健従事者研修センターが建てられている北スラウェシ州は「イ」国側の優先度も高く有望）、あるいは全く別の州でも実施することは可能であろう。